

نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		عزيزي المؤمن له : تملأ هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة												
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Entity Name : Al salam Employee Name : AZEES KANI												
PolicyNo/CR : Mobile No : 573189480		رقم الوثيقة/السجل التجاري : رقم الجوال : 2235273113												
ID Number Gender : 1		Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب Nationality : 900												
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء وضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :														
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التويز بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟											
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التويز، أورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المرارة، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.											
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: تشلل الدماغ، اضطراب خلايا الدم الحمراء، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التليف الكيسي، تشلل الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.											
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.											
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرية، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.											
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع											
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه) Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)														
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م					
		573189480	0	0	2235273113	EMPLOYEE	1	AZEES KANI	1					
<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.					<b>الالتزامات والتويز :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة علىاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة علىاية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بذلك قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.									
Entity's stamp 1010095926					Employee Signature (4) AZEES					Date التاريخ 20/01/14				

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.  
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.  
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر.  
 (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.  
 (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.  
 (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فيملأك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
<b>نوع الطلب (1)</b> Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة <input checked="" type="checkbox"/> New جديد		<b>Type</b>	
<b>Policy No / CR :</b>		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 550794207		<b>Employee Name :</b> MUHAMMAD WAHEED TAHIR TAHIR	
<b>ID Number</b> 2349051215		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1		<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
<b>Nationality :</b> 305		<b>جنسية</b>	
<b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>			
<b>بيانات الموظفين وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</b>			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	العلاقة
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	MUHAMMAD WAHEED TAHIR TAHIR	1	EMPLOYEE
1	2349051215	0	0
1	550794207	Mobile No.	Case
1	Provider Name	Case	Mobile No.

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة المؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم لشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.	
---	--	--	--

<b>Entity's stamp</b> شركة عناية السعودية للمقاولات العامة 1010095026	<b>Employee Signature</b> (4) توقيع الموظف WAHEED	<b>Date</b> التاريخ 20/01/14
--	---	------------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمؤيد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحية السارية
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (1) Upon removal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل في أنك بكمية هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة							
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>PolicyNo/CR :</b> <b>Mobile No :</b> 593928870 <b>ID Number</b>	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>رقم الوثيقة/ السجل التجاري :</b> <b>رقم الجوال:</b> <b>2349398749</b>	<b>Type</b> (1) <b>اسم المنشأة :</b> Al salam <b>Employee Name :</b> ZEESHAN KHALID KHALID MALIK <b>رقم الهوية</b>	<b>نوع القاب</b> (1) <b>الحالة الاجتماعية:</b> أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> <b>Married Status</b> <input type="checkbox"/> <b>Single</b> <input checked="" type="checkbox"/>						
<b>Gender :</b> 1 <b>Nationality :</b> 321 <b>الجنس:</b> <b>Marital Status</b>		<b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b>							
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التتويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid golter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis,	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المبداء البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ثيلي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض فوشر، مرض التصلب القلوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases,	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>للأنثى الحامل فقط :</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	ZEESHAN KHALID KHALID MALIK	1	EMPLOYEE	2349398749	0	0	593928870		
<b>الافراز والتوقيض :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعمل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوافق 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة									
<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>Employee Signature</b> (4) <b>توقيع الموظف</b> <b>Date</b> التاريخ <b>Entity's stamp</b> للمقرضات العامة <b>10095926</b>							

- (1) Upon renewal of the policy , the Insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمولود الجديد عند إضافته على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

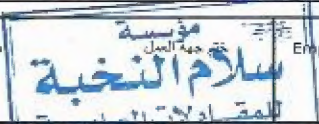


نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فيملك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناطق الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b> (1)	
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/السجل التجاري :		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 571136754		<b>Employee Name :</b> SANJAY KUMAR RAM LAKHAN	
<b>ID Number</b> 2354538171		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1		<b>الحالة الاجتماعية:</b> أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>	
<b>Nationality :</b> 207		<b>Marital Status</b>	
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc protapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>									
<b>بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</b>									
م	اسم الموظف /أفراد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	SANJAY KUMAR RAM LAKHAN	1	EMPLOYEE	2354538171	0	0	571136754		

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات و التقرض :</b> 1. أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأنا قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق، على حقيقة (شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.
---	---

<b>Entity's stamp</b>	<b>Employee Signature</b> (4)	<b>Date</b>
	SANJAY	٢٠٢١ / ١٧ / ١٤

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل قراءتك بعناية هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b> (1)	
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/الرجل التجاري :		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 568778423 رقم الجوال:		<b>Employee Name :</b> ALI SALEH ALI AL KHUZAEI	
<b>ID Number</b> 2370104867		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1 الجنس:		<b>Nationality :</b> 204 الجنسية:	
<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب		<b>الحالة الاجتماعية:</b>	
<b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes

<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>							
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.
1	ALI SALEH ALI AL KHUZAEI	1	EMPLOYEE	2370104867	0	0	568778423

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقر ان البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه أقبل قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن -يؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة
---	---

<b>Entity's stamp</b>	<b>Employee Signature</b> (4)	<b>Date</b> التاريخ
(شركة عناية السعودية) 1010095926	(توقيع الموظف)	2024/12/14

- (1) عند تجديد الوثيقة قلته لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم لظمانية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1) نوع الطلب								
Policy No / CR : رقم الوثيقة السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :							
Mobile No : 538010106 رقم الجوال :		Employee Name : ABU BAKR SULIMAN ABODA SULIMAN اسم الموظف :							
ID Number 2350601320 رقم الهوية		Gender : 1 Nationality : 207 الجنسية :							
Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب		Please declare any of below cases by marking 'V' under the word (yes) :							
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	ABU BAKR SULIMAN ABODA SULIMAN	1	EMPLOYEE	2350601320	0	0	538010106	case	Provider Name

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتكليفات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عليا السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على الحقبة (شركة عليا السعودية) في رفض المطالبة أو لتغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه توقيع 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة
---	--

Entity's stamp 	Employee Signature 	Date التاريخ 14/11/2014
---	---	-------------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمولود المجدد عند إضافتهم إلى وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية المناسبة بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>Type</b> (1)		<b>اسم المنشأة :</b> Al salam <b>اسم الموظف :</b> GULAM NURANI MOHAMMAD JAHIR	
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/السجل التجاري : <b>Mobile No :</b> 594473235 رقم الجوال :		<b>Employee Name :</b> GULAM NURANI MOHAMMAD JAHIR <b>رقم الهوية :</b> 2370105070	
<b>ID Number</b> 2370105070		<b>الحالة الاجتماعية :</b> أعزب <input checked="" type="checkbox"/> Single متزوج <input type="checkbox"/> Married	
<b>Gender :</b> 1 <b>Nationality :</b> 304		<b>Marital Status</b>	
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, systichrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>							
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال
Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender
1	GULAM NURANI MOHAMMAD JAHIR	1	EMPLOYEE	2370105070	0	0	594473235

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عنابة السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عنابة السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الوزن والطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة للسمنة المفرطة
---	--

<b>Entity's stamp</b> 1010095926	<b>Employee Signature</b> (4) GULAM	<b>Date</b> ١٧ / ١٤
-------------------------------------	--	------------------------

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

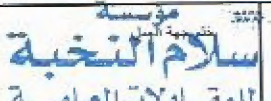


نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>Type</b> (1)		<b>اسم المنشأة :</b> Al salam <b>اسم الموظف :</b> ABDUL HANAN ARSHAD ARSHAD <b>رقم الهوية :</b> 2370837532	
<b>PolicyNo/CR :</b> 10100458920 <b>Mobile No :</b> 598772338 <b>ID Number</b>		<b>رقم الوثيقة/السل التجاري :</b> <b>رقم الجوال :</b> 2370837532 <b>الجنسية :</b> 304 <b>Marital Status</b> <input type="checkbox"/> Married متزوج <input checked="" type="checkbox"/> Single أعزب	
<b>Gender :</b> 1 <b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes

<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>									
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		598772338	0	0	2370837532	EMPLOYEE	1	ABDUL HANAN ARSHAD ARSHAD	1

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتفويض :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أؤكد بأن عدم اتراخي إتمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تلي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المعقمة
---	--

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
	ARSHAD	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (٩١) شهراً
- (2) لا يجب لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح عنى للمواليد الجدد عند استقدامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



<b>Dear Insured,</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>					<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل قبل انك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد شركك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة				
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة		<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b> (1)					
<b>PolicyNo/CR :</b>				<b>Entity Name :</b> Al salam					
<b>Mobile No :</b> 581287707				<b>Employee Name :</b> MUHAMMAD JAMIL RAMZAN					
<b>ID Number</b>				<b>رقم الهوية</b>					
<b>Gender :</b> 1				<b>Nationality :</b> 321		<b>Marital Status</b>		<b>الحالة الاجتماعية:</b>	
<b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (Yes) :</b>				<b>لا</b>		<b>نعم</b>		<b>يرجى الاصحاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>	
<b>1</b> Any hospital admission during last 12 months?				<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>هل تم التتويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟</b>	
<b>2</b> Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.				<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط:</b> التوحد، الأورام الحميدة (السرطان)، أمراض القلب، التهاب الكبدى الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكويست، ورم ليفي بالرحم، الفلج، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.	
<b>3</b> Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.				<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط :</b> التشنج الدماغاني، اضطراب الخلايا المتجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكرس القلوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقى الوراثى	
<b>4</b> Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.				<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط:</b> مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	
<b>5</b> Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.				<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط:</b> الإزلاق القضيروقي التيسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	
<b>6</b> <b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous C5 delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>للأنثى الحامل فقط :</b> حمل حالي جين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>									
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)									
<b>اسم مقدم الخدمة</b> <b>Provider Name</b>	<b>الحالة</b> <b>case</b>	<b>رقم الجواز</b> <b>Mobile No.</b>	<b>الطول</b> <b>Height</b>	<b>الوزن</b> <b>Weight</b>	<b>رقم الهوية</b> <b>ID Number</b>	<b>العلاقة</b> <b>Relation</b>	<b>الجنس</b> <b>Gender</b>	<b>اسم الموظف /أفراد العائلة</b> <b>Employees/Dependent Name</b>	<b>م</b>
		581287707	0	0	2315312062	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD JAMIL RAMZAN	1

**الإقرار والتوقيع :**

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالاستشفيات التي نعمل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقديم المخاطر.
- أوافق على الحقبة (شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلما عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو انضمامه مؤمّن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع
- عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية للسنة المتوقعة

Entity's Name اسلام النخبة للمقاولات العامة 000005035	Employee Signature (4) توقيع الموظف RAMZAN	Date التاريخ 01/14/15
--	--	-----------------------------

- (1) Upon request of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة قلّة لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للموالت المبدء عند اضافتهم على وثيقة التأمين العمى المازية
- (3) في حال الحاجة لاضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) نخدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unifed Medical declaration form

**Dear Insured:**  
**Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**

عزيزي المؤمن له :  
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة

**Addition** ☐ (2) إضافة **New** ☒ جديد **Type** (1) نوع الطب

**PolicyNo/CR :** رقم الوثيقة/المسجل التجاري : **Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :  
**Mobile No :** 581192250 رقم الجوال : **Employee Name :** MOHAMMAD MUNIR ANWAR اسم الموظف :  
**ID Number** 2314877826 رقم الهوية :  
**Gender :** 1 الجنس : **Nationality :** 321 الجنسية : **Marital Status** ☐ متزوج ☒ أعزب **Single** الحالة الاجتماعية :

**Please declare any of below cases by marking 'V' under the word (yes) :** يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة 'V' في المربع تحت كلمة - نعم -

No	Yes	No	1
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التوطين بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التقيصات، ورم ليفي بالرحب، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب العتد.
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلوية التالية فقط : الفشل الدماغى، اضطراب الخلايا العنكبوتية، التخسيس، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع الشاسية، أمراض القروموسومات، مرض غوشر، مرض التصلب اللولبي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date لأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

**Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )** بيانات الموظف و افراد العائلة المراد اضافتهم 3  
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء نشر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف لافراد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	MOHAMMAD MUNIR ANWAR	1	EMPLOYEE	2314877826	0	0	581192250		

**Undertakings:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

**الالتزامات :**

1. أنا أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عنابة السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر.

2. أوافق على أحقية (شركة عنابة السعودية ) في رفض المطالبة او التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه لتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع.

4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سعودي الي رفض تغطية تكاليف عملية جراحية للسمنة المفرطة.

Entity's stamp: **سلامة النخبة** الختم  
Employee Signature: **ANWAR** توقيع الموظف  
Date: **١٤٤٢ / ١٧ / ٢١** التاريخ

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له ممتنر عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمزيد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لأضافة التأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.				<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فيملأ بتجنية هذا النموذج بالشكل الموضح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة			
نوع الطلب (1) : <b>Type</b>				اسم العنشة : <b>Entity Name :</b> Al salam			
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>New</b> جديد <input checked="" type="checkbox"/>				رقم الوثيقة/السجل التجديدي : <b>PolicyNo/CR :</b>			
Mobile No : 530933258				اسم الموظف : <b>Employee Name :</b> MUHAMMAD AHMAD ALI ANJUM			
ID Number : 2315315255				رقم الهوية :			
Gender : 1				الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/>			
Nationality : 321				Marital Status : <input type="checkbox"/> Married <input checked="" type="checkbox"/>			
Please declare any of below cases by marking <input checked="" type="checkbox"/> under the word (yes) :				يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة <input checked="" type="checkbox"/> في المربع تحت كلمة نعم -			
1. Any hospital admission during last 12 months?				هل تم التقييم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟			
2. Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.				هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفيل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد			
3. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, eucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.				هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو تشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا شحمية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، انسداد الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس القولي، التكيف القلبي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكبد، الخلق الوراثي			
4. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.				هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية			
5. Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.				هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرولي، الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الرباط			
6. Pregnant Females only: Current single pregnancy, Current single pregnancy with previous CS delivery, Current multiple pregnancy, Expected delivery date				أنثى الحامل فقط : حمل حالي جدد واحد، حمل حالي مع قيصرية سابقة، حمل حالي متعدد الأجنة، تاريخ الولادة المتوقع			
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							
اسم مقدم الخدمة <b>Provider Name</b>		الحالة <b>case</b>		رقم الجوال <b>Mobile No.</b>		الوزن <b>Weight</b>	
530933258		0		0		2315315255	
Relation <b>Relation</b>		Gender <b>Gender</b>		ID Number <b>ID Number</b>		Employees/Dependent Name <b>Employees/Dependent Name</b>	
EMPLOYEE		1		2315315255		MUHAMMAD AHMAD ALI ANJUM	
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).							
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.							
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.							
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of medical surgery.							
1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذا البيانات وأن الشركة (شركة رعاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها للحصول على أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر							
2. أوافق على حقيقة (شركة رعاية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه والتي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد							
3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع							
4. عدم تعبئة بيانات الوزن و الارتفاع سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية التغطية المقررة							
Employee's stamp: <b>Employee Signature</b> (4)				Date: <b>التاريخ</b>			
ANJUM				20/01/2025			



<b>Dear Insured:</b> <b>Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأكد من ملء هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) <b>إضافة</b> <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>جديد</b> <b>Type</b> (1)		<b>اسم المنشأة :</b> Al Salami <b>اسم الموظف :</b> MOHAMMED SAIFUL BABUL <b>رقم الهوية :</b> 2315382693	
<b>PolicyNo/CR :</b> 503470155 <b>Mobile No :</b> 503470155 <b>ID Number :</b> 2315382693		<b>Entity Name :</b> Al Salami <b>Employee Name :</b> MOHAMMED SAIFUL BABUL <b>Marital Status :</b> Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/> <b>متزوج</b> <b>أعزب</b>	
<b>Gender :</b> 1 <b>Nationality :</b> 305		<b>الجنس :</b> <b>الجنسية :</b>	
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>			
م	اسم الموظف وإفراد العائلة	الجنس	الترقية
م	اسم الموظف وإفراد العائلة	الجنس	الترقية
1	MOHAMMED SAIFUL BABUL	1	EMPLOYEE

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن لشركة ( شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على إعانة ( شركة عناية السعودية ) في رفض التغطية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي شلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة
---	---

<b>Entity's stamp</b> 1010005930	<b>Employee Signature</b> BABUL	<b>Date</b> 20/11/2024
-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------

- Upon renewal of the policy, the Insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 12 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فانه لا يمكن للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له سبق عليه (11) أشهر
- لا يمكن لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- عند تضامنية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً من المؤمن له



عزيزي المؤمن له :  
نأمل انك تتعبئة هذا النموذج بالتشكل الصحيح لغرض الشعور و لضمان حصولك و افراد لربك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبادئ الوثيقة الموحدة

نوع الطلب : (1)

اسم المؤمن له : Al salam

اسم الموظف : IMAMUDDIN SHAMSHUDDIN MIYAN

رقم الهوية : 2315385787

الجنس : Male

الحالة الاجتماعية : Single

الجنسية : 305

الجنس : 1

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :

1. هل تم التقييم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟

2. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد، الفيروسي، العزيم، سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، للتكسنت، ورم ليفي بالرحم، القلى، أمراض العظام القلبية أو تصلب المتعدد.

3. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: تشلل العنق، اضطراب الطلاء العنقية، للتاسيميا، الهيموفيليا، أمراض تشلل القاع، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التاميلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التفسير القلوي، التكلف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.

4. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.

5. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.

6. Pregnant Females only:  
Current single pregnancy  
Current single pregnancy with previous CS delivery  
Current multiple pregnancy  
Expected delivery date

بيانات الموظفين وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3  
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	IMAMUDDIN SHAMSHUDDIN MIYAN	1	EMPLOYEE	2315385787	0	0	502096795		

الالتزامات والتعهدات :

1. أنا أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وأنا عليه أن أقول الطبيب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عنابة السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزودني بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقديم الخدمات.

2. أوافق على أن الشركة (شركة عنابة السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلما عدا عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

3. أنا باني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أعلم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجودها ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع.

4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

Undertakings:  
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).  
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.  
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.  
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

Employee Signature (M) : MIYAN

Date : 2024/11/16

Entity's Stamp : 1010095026

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يلزم للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مصري عليه (11) شهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب الإفصاح على المؤمن له الحد عند انقضاء حالي وثيقة التأمين التمسى السابقة.
- (3) في حال الحاجة لأشكاله تأمين أكثر يتم إعادة نموذج جديد.
- (4) عدم تعبئة بيانات الوزن والطول يعتبر بمثابة نفي وجودها ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع.
- (5) Upon renewal of the policy, Insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.  
(6) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
(7) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.  
(8) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



<b>Dear Insured:</b> <b>Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فيملأ هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة							
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Type</b> (1)		<b>اسم المؤمن له :</b> Al salam							
<b>PolicyNo/CN :</b> 551299789		<b>Entity Name :</b> ASDELHAFIZ KAMAL MOHAMED							
<b>Mobile No :</b> 2338300474		<b>Employee Name :</b>							
<b>ID Number</b>		<b>رقم الهوية</b>							
<b>Gender :</b> 1		<b>Marital Status</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Married</b> <input type="checkbox"/> <b>Single</b> <input type="checkbox"/> <b>Other</b>							
<b>Nationality :</b> 305		<b>الجنسية</b>							
<b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b>									
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD Deficiency, systemic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No						
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>									
اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف / المعتمد	1
Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name	1
		551299789	0	0	2338300474	EMPLOYEE	1	ABDELHAFIZ KAMAL MOHAMED	

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>التعهدات :</b> 1. أنا أتعهد بأن المعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أن الشركة (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كلها عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي شملت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم توقيني اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية بترانة السمنة المفرطة.
---	--

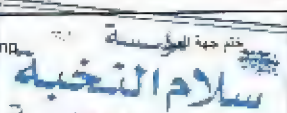
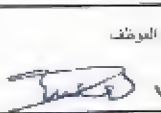
Entity's stamp	Employee Signature	Date
		التاريخ ٢٠٢١ / ١١ / ١٤

- بعد تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج إفصاح طبي من مؤمن له مسمى (11) أشهر.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموكل المتعدد عند انضمامه على وثيقة التأمين الصحي السرية.
- في حال الحاجة لاضافة تأمين آخر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.



<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية المناسبة بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)		اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : ELAGEED DAFALLA ALI MOHAMED رقم الهوية : 2346429422							
PolicyNo/CR : Mobile No : 502187393 ID Number : 2346429422		رقم الوثيقة التسجيل التجاري : رقم الجواز :							
Gender : 1 Nationality : 304		الحالة الاجتماعية : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -							
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الرقابة	الجنس	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجواز	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	ELAGEED DAFALLA ALI MOHAMED	EMPLOYEE	1	2346429422	9	0	502187393	0	Provider Name

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>الالتزامات:</b> 1. أقر بأن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بذات عني بأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عنابة السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أن شركة (شركة عنابة السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.	
---	--	--	--

Entity's stamp	Employee Signature	Date
		التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١٤

- (1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له من ضمن قائمة (11) المتوفرة.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمؤمن له المتخذ عند انضمامه على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

عزيزي المؤمن له :  
نأمل قيامك بملئة هذا النموذج بالشكل المسموح لفرضه التصديق و لتأمين حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة المرحدة

نوع الطلب (1)

Addition ☐ إضافة (2) New ☒ جديد

Type

Entity Name : Al salam

Employee Name : AMIR SOHAIL MUHAMMAD RAMZAN

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة السجل التجاري : رقم الجوال : Mobile No : 578453107 ID Number : 2349050936

Marital Status Married ☐ Single ☒ أعزب

Gender : 1 Nationality : 304 الجنسية

يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة لا في المربع تحت كلمة - نعم -

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :

No	Yes	No
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بيانات الموظفين وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3  
(في حالة الإجابة بنعم اختار الأجزاء المكونة للمادة في الجدول التالي)

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

م	اسم الموظف /أفراد العائلة	الجنس	الترقية	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	AMIR SOHAIL MUHAMMAD RAMZAN	1	EMPLOYEE	2349050936	0	0	578453107		

التأكد والتوقيع :

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بلام عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي لتأمين معها لخدماتها بأي معلومات طبية لا تحتاج إليها لتقديم الخدمات

2. أوافق على أحقية ( شركة عناية السعودية ) في رفض التغطية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل توقيع العقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد

3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أعيد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع

4. عدم تعبئة بيانات المارل و الوزن مؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية للسمنة المفرطة

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

Employee Signature (4) SOHAIL

Date 14/11/2024

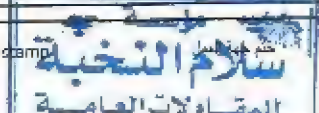
Entity's stamp

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الرخصة فإنه لا يجب لشركة مالئ نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) شهراً
- (2) لا يجب لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح لأي المؤمن له الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم ملئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل بإدخال بياناتك بشكل صحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>Type</b> (1)		<b>أسم المنشأة :</b> Al salam	
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/السجل التجاري :		<b>Entity Name :</b>	
<b>Mobile No :</b> 562268894		<b>Employee Name :</b> SALAUDDIN JALAUDDIN	
<b>ID Number</b> : 2314878600		<b>رقم الهوية</b> :	
<b>Gender :</b> 1 <b>Nationality :</b> 304		<b>الحالة الاجتماعية :</b> <input checked="" type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>	
<b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, systemic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>			
<b>بيانات الموظف وأفراد العائلة الذين أضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</b>			
م	اسم الموظف /أفراد العائلة	الجنس	القرابة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation
1	SALAUDDIN JALAUDDIN	1	EMPLOYEE
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
	Provider Name	case	Mobile No.
			562268894
			0
			0
			2314878600
			EMPLOYEE
			1
			SALAUDDIN JALAUDDIN
<b>التأجيل والتوقيض :</b>			
<b>Undertakings:</b>			
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.			
1. أقدر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن للشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية لا تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) هي ولها الحق في رفض التغطية أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بذلك قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.			

<b>Entity's stamp</b> 	<b>Employee Signature</b> (4) SALAUDDIN	<b>Date</b> ٢٠٢١ / ٧ / ١٤
--	--	------------------------------

- Upon renewal of the policy, the Insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مستمر عليه (11) أشهر.

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح بشأن المواليد المحدث عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحية.

(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.

(4) عدم تعبئة بيانات الوزن والطول سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فيملأ هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b> (1)		
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/السجل التجاري :		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 545309204		<b>Employee Name :</b> JAAN MOHAMMAD SHIEKH	
<b>ID Number</b> 2375418767		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1	<b>Nationality :</b> 900	<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	<b>الحالة الاجتماعية:</b>
<b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b>			
1	Any hospital admission during last 12 months?	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي، بارشيم، المثقبي، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PDD deficiency, sysdafibrosis, homochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلوية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا العنقوية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض التشمير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق القرصية، انحناء العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	الأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a New answer above, please declare the case in the table below)</b>			
<b>م</b>	<b>اسم الموظف / أفراد العائلة</b> <b>Employees/Dependent Name</b>	<b>الجنس</b> <b>Gender</b>	<b>العلاقة</b> <b>Relation</b>
<b>اسم مقدم الخدمة</b> <b>Provider Name</b>	<b>الحالة</b> <b>case</b>	<b>رقم الجوال</b> <b>Mobile No.</b>	<b>الطول</b> <b>Height</b>
<b>الوزن</b> <b>Weight</b>	<b>رقم الهوية</b> <b>ID Number</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
545309204	2375418767	EMPLOYEE	1
JAAN MOHAMMAD SHIEKH	1	1	1

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتلويح :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه لفتي قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر وأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه يوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سعودي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
---	---

<b>Entity's stamp</b>	<b>Employee Signature</b> (4)	<b>توقيع الموظف</b>	<b>Date</b>
سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	SHEIKH	2021/11/14	2021/11/14

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق للشركة اقتراح طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد المحدد عند اندماجهم على وثيقة التأمين الصحي الجديدة.
- (3) في حال النسيئة لأشخاص التأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم تلبية تأمين مسلم، العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.



**Dear Insured:**  
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :  
نأمل قيامك بملءة هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد شركتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة

تاريخ الميلاد : 1994/4/8069  
رقم الوثيقة : 2375420045  
الجنس : 1  
الجنسية : 321  
الحالة الاجتماعية : ☒ متزوج Married ☐ أعزب Single ☐ متزوج  
المرض : 1  
المرض : 2  
المرض : 3  
المرض : 4  
المرض : 5  
المرض : 6

1. Any hospital admission during last 12 months?

2. Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.

3. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.

4. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.

5. Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.

6. Pregnant Females only:  
Current single pregnancy  
Current single pregnancy with previous CS delivery  
Current multiple pregnancy  
Expected delivery date

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الترقية	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	FURQAN DANISH ZAFAR ALI	1	EMPLOYEE	2375420045	0	0	595478069		


**الالتزامات والتفويض :**

1. I hereby undertake that all above information is correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

Entity's stamp:   
Employee Signature: DANISH  
Date: 2024/11/14

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له محص عليه (11) أشهر
- (2) لا يجب لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين تسمى السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم إمكانية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (5) IL is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



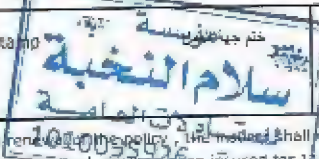
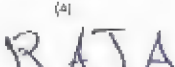

<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا وثيقة التغطية الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type (1)							
PolicyNo/CR : Mobile No : 506144072		Entity Name : Al salam Employee Name : OMAR AHMED BAMUHRIZ							
ID Number : 2040467157		رقم الهوية							
Gender : 1 Nationality : 320		الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق							
Marital Status : Married		Status : Married							
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name
1			506144072	0	0	2040467157	EMPLOYEE	1	OMAR AHMED BAMUHRIZ
2			506144072	0	0	2165775889	DAUGHTER	2	REEM BAMUHRIZ
3			556396044	0	0	2137382939	SON	1	TURKI BAMUHRIZ
4			506144072	0	0	2073520971	WIFE	2	FATMAH ABDOULLAH BAMUHRIZ
الأقران والتبويض :									
1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات، وأن الشركة (شركة عنابة السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي التعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عنابة السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية إذا لم يتم عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة مرياني العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.									
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.									
Entity stamp 1010095926		Employee Signature (4)		Date التاريخ		2021 / 11 / 16			

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.  
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.  
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (5) عند تجديد الوثيقة فلا يجوز للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) شهر  
 (6) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح على المواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي لسارية  
 (7) في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد  
 (8) عدم تعبئة بيانات حامل العقد بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملء هذا النموذج بشكل صحيح لتتمكن من الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة حسب نطاق الوثيقة الموحدة.	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)		اسم المؤمن له : Al salam اسم الموظف : RAJA MOHAMED KHAN رقم الهوية : 2234512404	
PolicyNo/CR : Mobile No : 556840070 ID Number : 2234512404		Nationality : 304 Gender : 1 Marital Status : Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف وإفراد العائلة	الجنس	العلاقة
1	RAJA MOHAMED KHAN	1	EMPLOYEE
2	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
1	Provider Name	case	Mobile No.
1	556840070	0	0
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any (medical) information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		الإقرار والتعهد : 1. أقر بأن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أن الشركة (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهممت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية لمرحلة السمنة المفرطة.	

Entity's stamp	Employee Signature	Date
		

- Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 12 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newbarns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل فيملأ هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة						
نوع القلب (1) : Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type		اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : VIMALRAJ RAMALINGAM						
رقم الوثيقة/السياسة التجارية : Mobile No : 570808156		رقم الهوية : 2235203342						
ID Number : 2235203342		الحالة الاجتماعية : أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>						
Gender : 1 Nationality : 900		Marital Status :						
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :								
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أجدد، الرجاء ذكر العائلة في الجدول أدناه) Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)								
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	الطريقة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name
		570808156	0	0	2235203342	EMPLOYEE	1	VIMALRAJ RAMALINGAM

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتكليفات :</b> 1. أنا أقر بأن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة علياء السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة علياء السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أنا أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أؤكد بأن عدم التوقيع إنما أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه موقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
---	--


Entity's stamp شركة علياء السعودية للتأمين العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف VIMALRAJ	Date التاريخ 14/09/2024
---	--	-------------------------------

- (1) عند تجدد الوثيقة فلا يلحق للمؤمن طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح على المؤمن عند استئنافه على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال المعالجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تغطية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن نه
- (5) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل قبلك بتمعن هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسجيل و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناطق الوثيقة الموجدة				<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل قبلك بتمعن هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسجيل و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناطق الوثيقة الموجدة			
<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type		نوع الطلب (1)	
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السيول التجاري :				Entity Name : Al salam			
Mobile No : 537058829 رقم الجوال:				Employee Name : UPENDRA KUMAR SINGH			
ID Number 2237124165				رقم الهوية			
Gender : 1		Nationality : 900		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج		Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :				يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -			
1 Any hospital admission during last 12 months?				هل تم للتويزيم بالمستشفى خلال لفر 12 شهر ؟			
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.				هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفص، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.			
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.				هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات خلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غرغر، مرض التكسر الكولي الشيف القيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.			
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.				هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو لمرراض الشبكية			
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.				هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، التواء، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو شقوق الأربطة			
6 <b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date				<b>للأنثى الحامل فقط:</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع			
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							
بولت الموظف و افراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)							
م	اسم الموظف / افراد العائلة	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	القرابة	النوع
	UPENDRA KUMAR SINGH	EMPLOYEE	2237124165	0	0	1	1

<p><b>Undertakings:</b></p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p><b>الآقرار والتعهد:</b></p> <p>1. أنا أقر في البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطبيب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على أن (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كلها عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه لمع.</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية لإنقاص الوزن.</p>
--	---

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
	UPENDRA	20.01.17

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for ~~any insured who has been insured for 12 months.~~
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عدم تجديد الوصفة قبله لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مدين له مسمى عليه (٩٩) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي أو مالي أو الجدل تحت تصنيفهم على وثيقة التأمين العمومي الثانية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تقاضية قيام مستحيط العمل بالترقيم بدلاً عن الزمن له



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فيملأ هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b> (1)	
<b>PolicyNo/CR :</b>		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 577519573		<b>Employee Name :</b> DELUWAR MENTU MIA FATEMA	
<b>ID Number</b> 2307949863		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1		<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
<b>Nationality :</b> 900		<b>جنسية</b>	
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم التظلم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، للتكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, systichlorosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو القشور الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا العنقجية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض تنمير القلب، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض تكسر الكولي، التليف الكيسي، هيموفرو، هيموسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية، الوراثي.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بوضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرولي، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل، أو تمزق الأربطة.
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	الأنثى الحامل فقط: حمل حالي وجن واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b> بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)								
م	اسم الموظف (أفراد العائلة)	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة
Employee/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
DELUWAR MENTU MIA FATEMA	F	EMPLOYEE	2307949863	0	0	577519573		

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات :</b> 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول التأمين سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عليه السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أخفى (شركة عليه السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه للتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إبراري إمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي بوجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المعروفة.
---	---

<b>Entity's stamp</b> مؤسسة سلام النخبة لتأمينات العامة 1010095925	<b>Employee Signature</b> (4) توقيع الموظف DELUWAR	<b>Date</b> التاريخ ٢٠٢٤ / ١٢ / ١٤
--	--	--

- (1) Upon removal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.
- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له منسحب طبعه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمولود المضاف عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي.
- (3) في حال الحاجة لأمثلة التأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) تتم نقضية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبادئ الوثيقة الموحدة							
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2)	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b> (1)							
<b>PolicyNo/CR :</b>		<b>Entity Name :</b> Al Salam							
<b>Mobile No :</b> 576761553		<b>Employee Name :</b> KALAM ABUL HOSSAIN SOFEYA							
<b>ID Number</b>		<b>رقم الهوية</b>							
<b>Gender :</b> 1		<b>Marital Status</b> <input type="checkbox"/> متزوج <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
<b>Nationality :</b> 900		<b>الجنسية</b>							
<b>Please declare any of below cases by marking 'V' under the word (yes) :</b>									
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التلقيح بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الحصى الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التقيصات، ورم ليفي، بطانة الرحم، الكتل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucho's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض الدم، اعتلال، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التنفسية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الكولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، البسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>للأجناس الحوامل فقط :</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>									
<b>اسم مقدم الخدمة</b> <b>Provider Name</b>	<b>الحالة</b> <b>case</b>	<b>رقم الجوال</b> <b>Mobile No.</b>	<b>الطول</b> <b>Height</b>	<b>الوزن</b> <b>Weight</b>	<b>رقم الهوية</b> <b>ID Number</b>	<b>القرابة</b> <b>Relation</b>	<b>الجنس</b> <b>Gender</b>	<b>اسم الموظف / أفراد العائلة</b> <b>Employees/Dependent Name</b>	<b>م</b>
		576761553	0	0	2309098164	EMPLOYEE	1	KALAM ABUL HOSSAIN SOFEYA	1

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أنا أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة غنية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على إمكانية (شركة غنية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع على أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تكملة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
---	---

<b>Entity's stamp</b> شركة غنية السعودية للمقاولات العامة 1010095926	<b>Employee Signature</b> (4) توقيع الموظف KALAM	<b>Date</b> التاريخ 2023/12/15
---	--	--------------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له من ضمن عليه (1) شهر.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



**Dear Insured:**  
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

نأمل قيامكم بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولكم و أفراد أسرته على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة

نوع الطلب (1)

اسم المنشأة: Entity Name: Al salam

اسم الموظف: Employee Name: ASHAB UDDIN RUSTUM ALI

رقم الهوية: 2309098495

الحالة الاجتماعية: Single

Gender: 1

Nationality: 321

Marital Status: Married

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes):

1. هل تم التبول بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟

2. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد، الفيروس المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المرارة، تضخم الغدة الدرقية، التليفات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو للتصلب المتعدد.

3. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو تشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، شعور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التصلب اللولبي، التهاب القزحية، مرض هيموفيليا ومتلازمة مرض ويلسون، تقيص القلبين الخلقى الوراثي.

4. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: جفاف العين، جفاف، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.

5. هل تم تشخيصك بأي من أمراض النظام التالية فقط: الإزلاق الفقرات، التواءات، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.

6. Pregnant Females only:  
Current single pregnancy  
Current single pregnancy with previous CS delivery  
Current multiple pregnancy  
Expected delivery date

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف أو الفرد المعالاة Employees/Dependent Name
		554793468	0	0	2309098495	EMPLOYEE	1	ASHAB UDDIN RUSTUM ALI

**الالتزامات:**  
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).  
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.  
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.  
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

1. أنا أقر بأن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.  
2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً إذا لم يتم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.  
3. أقر بأنني قد قرأت وفهمته جميع ما جاء في هذا النموذج وكما أتعهد بأن عدم إشارتي باسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع.  
4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية لتسوية المفرطة.

Employee Signature: ASHAB UDDIN

Date: 11/11/2026

Entity's Stamp: مؤسسة عناية السعودية

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.  
(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.  
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

عند تجديد الوثيقة فإنه لا يمكن للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً  
(1) لا يمكن لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحية للمزايير

في حال الحاجة لأشخاص تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد  
عند الحاجة يتم ملء النموذج بدلاً من المؤمن له

<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فإنيك بكتابة هذا النموذج بالشكل الصحيح لضمان التيسير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة									
<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.									
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة		New <input checked="" type="checkbox"/> جديدة		Type { 1 }					
<b>PolicyNo/CR :</b>		<b>Entity Name :</b> Al salam							
<b>Mobile No :</b> 501205727		<b>Employee Name :</b> EISSA HAMOOD SARHAN							
<b>ID Number</b>		2377607300							
<b>Gender :</b> 1		<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
<b>Nationality :</b> 207		<b>الجنسية:</b>							
يرجى الإصباح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة (✓) في المربع تحت كلمة - نعم -									
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		لا No	نعم Yes						
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التشويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟					
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكمسك، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.					
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: تشلل الدماغ، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضا التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر اللغولي الشيق القيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تشنج الطيفون الطفلي الوراثي.					
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض شبكية.					
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، وفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الربطة.					
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>لأنثى الحامل فقط :</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع					
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	EISSA HAMOOD SARHAN	1	EMPLOYEE	2377607300	0	0	501205727	case	Provider Name

<p><b>Undertakings:</b></p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p><b>الالتزامات والتعهدات :</b></p> <p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر</p> <p>2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلها عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مومن له خلال فترة سريان العقد</p> <p>3. أقر باني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي اتم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلي رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة</p>	
<p>Entity's Stamp</p> <p><b>مستشفى</b> <b>سلام النخبة</b> <b>للمقاومات العامة</b> 1010005000</p>	<p>Employee Signature</p> <p>(هـ)</p> <p>توقيع الموظف</p> <p><i>عيسى</i></p>	<p>Date</p> <p>التاريخ</p> <p>١٧١٤ / ٥ / ٢٠٢١</p>

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عدد شهادات الإفصاح لا بد أن يكون أكثر من عدد الأصحاب لأي مؤهل له مسمى عليه (91) شهر
- (2) لا يحق للشركة التأمين طلب نموذج إفصاح من: شؤواؤل الجدد عند انضمامهم إلى وثيقة التأمين للصحة العامة
- (3) في حالة إعادة التأشلة لأي مؤهل أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) غير ملزمه يوم صباح العمل بالمؤهل بدو عن المؤهل له



<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فيك بقسوة هذا النموذج بالشكل المسموح لتقديم الشكاوى ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة									
<b>Dear Insured:</b> Please Fill out this form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.									
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة		<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b> (1)					
<b>PolicyNo/CR :</b>		<b>Entry Name :</b> Al salam							
<b>Mobile No :</b> 596976187		<b>Employee Name :</b> MUHAMMAD FAWAD RAUF							
<b>ID Number</b>		<b>رقم الهوية</b>							
<b>Gender :</b> 1		<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
<b>Nationality :</b> 321		<b>جنسية:</b>							
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>									
1	Any hospital admission during last 12 months?	لا No	نعم Yes	هل تم التوقيع بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟					
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	لا No	نعم Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الحصوات الكلوية، حصوات المسالك البولية، تضخم غدة الترقوة، التكيسات، ورم ليفي، بطانة الرحم، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب العتيد،					
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	لا No	نعم Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب خلايا المنخية، الثلاسيميا، هيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض فوشر، مرض التشنج الولائي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية					
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	لا No	نعم Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية					
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	لا No	نعم Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة					
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	لاأنت الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع							
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الترقية	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependant Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	MUHAMMAD FAWAD RAUF	1	EMPLOYEE	2376622896	0	0	596976187		

<p><b>Undertakings:</b></p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p><b>الإقرار والتكليف :</b></p> <p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول المطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة ( شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على حقيقة ( شركة عناية السعودية ) هي رفض المطالبة أو التعويض كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التغطية أو قبل التسجيل أو ابتداءة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>3. أقر بالي قد قرأت وفهمت جميع ما جاء فيه هذا النموذج بما ألتجده بأن عدم اشرتي اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه اوقع</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الي رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة</p>
<p>Entity's stamp</p> <p>مؤسسة سلام والتخبة للمتقاولات العامة</p>	<p>Employee Signature (4)</p> <p>توقيع الموظف</p> <p>Date</p> <p>التاريخ</p> <p>FAWAD</p> <p>٢٠٢٢ / ١٤ / ٠٩</p>

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تحديد الوصفة فإنه لا يجب للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي موجع له معنى عبارة (11) التذيير
- (2) لا يجب شركة التذيير طلب نموذج الإفصاح على المبررات الجدد عند إصدارهم على وثيقة التذيير المعنى المادية
- (3) في حال الحاجة لأصناف التذيير أكثر ولم تبينة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قوائم صاحب العمل بالتذيير فيه بدلا عن المبررات له

<b>Dear Insured:</b> Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)							
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السيول التجاري :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 530824471 رقم الجوال :		Employee Name : TAMEEM ABOULLAH AL AZABI							
ID Number 2376625527		رقم الهوية							
Gender : 1 Nationality : 707 الجنس :		Marital Status Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/> متزوج أعزب							
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	هل تم التقييم بمستشفى خلال آخر 12 شهر *						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney Failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، المبرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الحصوات الكلوية، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التنفسية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التمسر القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تشنج القليتين الخلقي الوراثي.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض شبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament Tears.	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرولي، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل، أو تمزق الربطة.						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	لا أنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الترتبة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	العائلة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	TAMEEM ABOULLAH AL AZABI	1	EMPLOYEE	2376625527	0	0	530824471		

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>التعهدات و التفويض :</b> 1. أقدر أن تتعهد بأن المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول التغطية سيتم على أساس هذه البيانات و إن الشركة (شركة عنابة السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لجمع أي معلومات طبية لـ تقييم المخاطر. 2. أوافق على أن (شركة عنابة السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن و الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
---	---

Entity's stamp شركة عنابة السعودية شركة أولات العامة	Employee Signature (4) توقيع الموظف Tameem	Date التاريخ 09/11/2024
--	--	-------------------------------




- (1) Upon completion of this policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 12 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدته على (12) شهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي لتأمينات الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
- (3) في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم تعبئة نموذج بيانات العمل بالتوقيع بدلا من المؤمن له.



<p><b>Dear Insured:</b>  <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b></p>				<p><b>عزيزي المؤمن له :</b>          تأمل فيمات يضمن هذا التوخيذ بالشكل الصحيح لفرضي التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة</p>					
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة		<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b> (1)					
<b>PolicyNo/CR :</b>				<b>Entity Name :</b> Al salam					
<b>Mobile No :</b> 568413095				<b>Employee Name :</b> HESHAM MAGDI ELTABEI IBRAHIM					
<b>ID Number</b>		<b>2402185173</b>							
<b>Gender :</b> 1		<b>Nationality :</b> 207		<b>Marital Status</b> <input type="checkbox"/> Married متزوج <input checked="" type="checkbox"/> Single أعزب					
<b>Please declare any of below cases by marking 'V' under the word (yes) :</b>				<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أعلاه بوضع إشارة 'V' في المربع تحت كلمة - نعم -</b>					
1	Any hospital admission during last 12 months?	No	Yes	هل تم التهرير بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟					
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No	Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحم الأورام الحميدة - السرطان- أمراض القلب، التهاب الكبد، الفيروسى المزمن سي، حصوات المرارة، التشنج الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، التليف، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.					
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No	Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب تخثر الدم، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، شذوحر العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض خوشتر، مرض التكرس الغولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقى الوراثى					
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No	Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية					
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No	Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، التيبك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة					
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No	Yes	<b>للأناث الحوامل فقط :</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع					
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>									
#	اسم المؤمن له / افراد العائلة	اسم مقدم الخدمة	العنوان	الوزن	الطول	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف / افراد العائلة
	Employee/Dependent Name	Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender
1	HESHAM MAGDI ELTABEI IBRAHIM			568413095	0	0	2402185173	EMPLOYEE	1

<p><b>Undertakings:</b></p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p><b>التعهدات والتفويض :</b></p> <p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) هي رفض المطالبة أو التعويض كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع اسمي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية للسمنة المتفرطة.</p>
--	--

Entity's stamp	Employee Signature	Date
		

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الترخيص فإنه لا يحق للشركة طلب ائراج اصاح لأي مدين له مسمى عليه (٩٩) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الصلاح طلي التواليد الجدة عند استقالتهم على وثيقة التأمين المسمى تاربه
- (3) في حال الحاجة لاضافه تامين أكثر يتم نعمة نموذج جديد
- (4) عدم طمية قيم صاحب العمل لتعليم بدأ عن المدين له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأكد من ملء هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1) نوع المكتب								
PolicyNo/CR : Mobile No : 505878537	Entity Name : Al salam Employee Name : HAMED ABDULRAHMAN AL AMERI								
ID Number : 2375206394	رقم الهوية								
Gender : 1 Nationality : 207	Marital Status Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/> Status: Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>								
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		No Yes	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع أقدامك ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -						
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التقييم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التقيصات، ورم ليفي بالرحم، الفطري، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, GGPDDeficiency, cysticfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتعددة، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الراس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض قوش، مرض نقص المناعة الخلوي، تشخيص الكبد، هيموكروماتوز، داء ويلسون، مرض الكلى المتعدد الكيسات، مرض ويلسون، تشخيص الكلى الوراثي.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : المياه البيضاء، مياه زرقاء، لمرض القرنية أو أمراض شبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الانزلاق الغضروفي لل discs، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لا أنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )									
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		505878537	0	0	2375206394	EMPLOYEE	1	HAMED ABDULRAHMAN AL AMERI	1

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة صناعية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة صناعية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما تعهد بأن عدم توقيتي اسمي أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية لزيادة الوزن المفرطة.
---	---

Entity's stamp Employee Signature Date التاريخ	توقيع الموظف Date التاريخ
---	---------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يقع لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) أشهر.
- (2) لا يقع لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموالية المتجدد عند استئنافهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
- (3) في حال الحاجة إلى إضافة تأمين آخر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم تعبئة رقم صاحب العمل الناتج عن خطأ عن المؤمن له.



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل قيامك بملءة هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منكم الوثيقة الموحدة							
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>PolicyNo/CR :</b> <b>Mobile No :</b> 571378078 <b>ID Number</b> 2388148399	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>Entity Name :</b> Al salam <b>Employee Name :</b> SYED MOHAMMAD RAFI <b>Gender :</b> 1 <b>Nationality :</b> 900	<b>Type</b> (1) <b>اسم المنشأة :</b> <b>اسم الموظف :</b> <b>رقم الهوية :</b> <b>الحالة الاجتماعية :</b> <input checked="" type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> متزوج							
<b>Please declare any of below cases by marking '✓' under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة '✓' في المربع تحت كلمة - نعم -</b>							
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Aulism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, eucher's disease, G6PDD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes						
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>									
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571378078	0	0	2388148399	EMPLOYEE	1	SYED MOHAMMAD RAFI	1




<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي فاقراء و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بل عدم إثرائي لملأ أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي بوجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الي رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة
---	---

Entity's stamp	Employee Signature	Date
 1010095975	SYED	2023/11/14

- (1) يجب تجديد الوثيقة ذاتها لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له منس على (91) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح بطبي للموكل الجديد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي
- (3) في حال الحاجة لأمثلة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم اشتراط قيام مستند العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

<p><b>Dear Insured,</b>  <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b></p>				<p>عزيزي المؤمن له :          نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان مصروفك و افراد امرتك على خدمات الرعاية الصحية المصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة</p>				
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2)		<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b> (1)				
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/السجل التجاري :				<b>Entity Name :</b> Al salam				
<b>Mobile No :</b> 573396298 رقم الجوال				<b>Employee Name :</b> RAKESH SUNAR				
<b>ID Number</b>		<b>2305216190</b>						
<b>Gender :</b> 1		<b>Nationality :</b> 304		<b>Marital Status</b> <input type="checkbox"/> متزوج <input checked="" type="checkbox"/> أعزب				
<p><b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b></p>								
		<b>No</b>		<b>Yes</b>				
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التويم بالمستشفى خلال المدة 12 شهر ؟				
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الحصى الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.				
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو للتشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب خلايا الدم الحمراء، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء بالرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض تخثر، مرض تشنجر الخلقي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين، خلقي الوراثي.				
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.				
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفية، الديدسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.				
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>		ثلاثي، الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع				
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>								
بيانات الموظفين وأفراد العائلة المراد إضافتهم : (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)								
<b>Provider Name</b>	<b>case</b>	<b>Mobile No.</b>	<b>Height</b>	<b>Weight</b>	<b>ID Number</b>	<b>Relation</b>	<b>Gender</b>	<b>Employees/Dependent Name</b>
		573396298	0	0	2305216190	EMPLOYEE	1	RAKESH SUNAR

<p><b>Undertakings:</b></p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p><b>التزامات و التلويحي :</b></p> <p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر</p> <p>2. أوافق على الجعفة ( شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلما عثد عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسويل أو استعانة موس له خلال فترة سريان العقد</p> <p>3. أقر هنا قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بعدم إعطاء أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود مايشتمل الإفصاح عنه و عليه أرفع</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة للسمنة المفرطة</p>
--	---

Entity's stamp	Employee Signature	Date
		

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الحق في الملكية لا يحق لشركة مالك نموذج اقتراح لأي مؤمن له منفرد عليه (11) الشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الاقتراح من المؤمن عند استئنافه على وثيقة التأمين المضي للزمن
- (3) في حال الحاجة لأموال المؤمن أنفق وتم تعبئة نموذج جديد
- (4) بعد تغطية قيام صاحب العمل بالتقويم لا عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل، فإنك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) <b>إضافة</b>	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>جديدة</b>	<b>Type</b> (1) <b>نوع الشك</b>	
<b>PolicyNo/ CR :</b> رقم الوثيقة/ تسجيل التجاري :		<b>Entity Name :</b> Al salam <b>اسم المنشأة :</b>	
<b>Mobile No :</b> 576274117 <b>رقم الجوال :</b>		<b>Employee Name :</b> SURENDAR SAHANI <b>اسم الموظف :</b>	
<b>ID Number</b> 2375206204		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1 <b>الجنس :</b>	<b>Nationality :</b> 900 <b>الجنسية :</b>	<b>Marital Status</b> <input type="checkbox"/> <b>متزوج</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Single</b> <b>أعزب</b>	<b>الحالة الاجتماعية :</b>
<b>Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :</b>		<b>Yes</b> <b>نعم</b>	<b>No</b> <b>لا</b>
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases: <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>		<b>بيانات الموظف والاراد العائلية المراد اضافتهم :</b> (في حالة الاجابة بنعم اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول اتيان)	
<b>اسم مقدم الخدمة</b> <b>Provider Name</b>	<b>الحالة</b> <b>case</b>	<b>رقم الجوال</b> <b>Mobile No.</b>	<b>الطول</b> <b>Height</b>
<b>الوزن</b> <b>Weight</b>	<b>رقم الهوية</b> <b>ID Number</b>	<b>العلاقة</b> <b>Relation</b>	<b>الجنس</b> <b>Gender</b>
<b>اسم الموظف / افراد العائلة</b> <b>Employees/Dependent Name</b>	<b>1</b>	<b>SURENDAR SAHANI</b>	<b>1</b>

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتوقيض :</b> 1. اقر ان المعلومات والبيانات المذكورة اعلاه كاملة وصحيحة و يتناهم عليّ فان قول الطالب سيتم على اساس هذه البيانات وان لشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. اوافق على الحقبة (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية او التغطية كلها عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة اعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. اقر بانني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما اتمتع بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة اعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الافصاح عنه و عليه اوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة
---	--

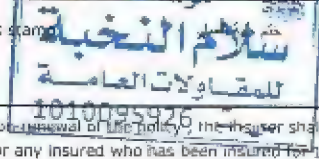
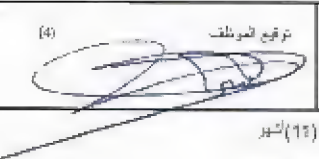
<b>Entity's stamp</b> (موقع الشركة)	<b>Employee Signature</b> (موقع الموظف)	<b>Date</b> التاريخ
(موقع الشركة)	SAHANI	2024/11/15

- Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مستمر عليه (11) شهرا
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح على المواليد المحدث عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- في حال الحاجة لاسمعة تأمين اكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- عدم تعبئة قيم صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فيملك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مفاد الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b> (1)	
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		<b>Entity Name :</b> Al Salam	
<b>Mobile No :</b> 552733743 رقم الجوال		<b>Employee Name :</b> SHARFY AWAD ALI SHARFY	
<b>ID Number</b> 2329036426		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1	<b>Nationality :</b> 207	<b>Marital Status</b>	<b>الحالة الاجتماعية:</b>
<b>Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>
<b>1</b> Any hospital admission during last 12 months?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b> Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b> <b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Employee and dependants details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>			
<b>م</b>	<b>اسم المؤمن له / أفراد العائلة</b> <b>Employee/Dependent Name</b>	<b>العلاقة</b> <b>Relation</b>	<b>رقم هوية</b> <b>ID Number</b>
<b>1</b>	<b>SHARFY AWAD ALI SHARFY</b>	<b>EMPLOYEE</b>	<b>2329036426</b>

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>التعهدات والتأكيدات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أن شركة (شركة عناية السعودية ) في رفض التغطية أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل، أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع باسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المعروفة
---	---

<b>Entity's stamp</b>	<b>Employee Signature</b> (4)	<b>Date</b>
		20/11/2023

- (1) عن تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له معني عليه (15) شهرا
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمؤمن له عند إضافته على وثيقة التأمين الصحي
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة بيانات العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له





نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out this form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefits.</b>		<b>عزيزي المؤمن له:</b> <b>نأمل قيامك بملءة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب بنود الوثيقة الموحدة</b>						
<b>نوع الطلب (1)</b> Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b> Entity Name : Al salam Employee Name : MOSTAFA MOHAMED IBRAHIM						
<b>PolicyNo/CR :</b> Mobile No : 564552171 ID Number : 2372064911		<b>اسم المنشأة :</b> <b>اسم الموظف :</b> <b>رقم الهوية :</b> Gender : 1 Nationality : 321						
<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء وضع إشارة (✓) في المربع تحت كلمة - نعم -</b> No Yes						
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		1 هل تم للتأمين بالاستشفاء خلال آخر 12 شهر ؟ 2 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الوباء، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، القشور الكلوية، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتيسات، ورم ليفي بالرحم، التقيح، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد. 3 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التثنيات الخلقية التالية فقط: التشلل الدماغى، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض الشعيرات القذاني، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع المشيمية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكرس الولوى، تشليل الكس، هيپوكرومايوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقى الوراثى. 4 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية. 5 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرى، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة. 6 <b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date						
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>								
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف لإفراد العائلة Employees/Dependent Name
		564552171	0	0	2372064911	EMPLOYEE	1	MUSTAFA MOHAMED IBRAHIM

<b>Underakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>التزامات و التوقيض :</b> 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة و بناء عليه قرأ قول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة رعاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويديها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على اتفاقية (شركة رعاية السعودية) في رفض المطالبات أو التغطية كلية عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر على قدرتي و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إقرارى اعترافى من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية لمرحلة السمنة المفرطة.
--	--

Entity's Stamp مؤسسة شركة التأمين سلام النخبة الهيئة العامة للغذاء والدواء	Employee Signature توقيع الموظف Date التاريخ
--	---

- (1) Upon request of the Insured, the Insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.  
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.  
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تلبية المؤمن له لا يمكن للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر  
 (2) لا يمكن لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة  
 (3) في حال الحاجة لإضافة لاعتماد لشخص آخر يتم تعبئة نموذج جديد  
 (4) عدم تعبئة بيانات مقدم الطلب، التحمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> <b>Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له:</b> <b>نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبلغ الوثيقة الموحدة</b>							
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>Type</b> (1)		<b>اسم العائلة:</b> Al salam <b>اسم الموظف:</b> HASHEM QAID GHANEM <b>رقم الهوية:</b> 2375734155							
<b>PolicyNo/CR :</b> 538635792 <b>Mobile No :</b> 538635792 <b>ID Number</b> 2375734155		<b>الجنس:</b> Male <input checked="" type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> <b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/>							
<b>Gender :</b> 1 <b>Nationality :</b> 320		<b>الجنسية:</b>							
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>							
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassaemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes						
<b>Employee and dependents details that need to be added (in case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>									
م	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الهاتف Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name
1			538635792	0	0	2375734155	EMPLOYEE	1	HASHEM QAID GHANEM

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>الالتزامات و التوقيض:</b> 1. أنا أقر أن المعلومات و البيانات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي يشهد قبل تاريخ التعاقد أو قبل التوقيع أو إعادة مرسوم له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بلي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إكمال أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.	
---	--	---	--

Entity stamp مؤسسة سلام النخبة شركة التأمين العامة 1010099028	Employee Signature توقيع الموظف Date التاريخ 2023/11/14
---	---

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) لشهر
- (2) لا يجب لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند استكمالهم على وثيقة التأمين الصحية السابقة
- (3) في حال الحاجة لاستضافة زعيم أكثر يتم تجديد نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة قيم صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (5) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملء هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ تغطية التغطية الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type (1)	
PolicyNo/CR : Mobile No : 562872582		Entity Name : Al salam Employee Name : MOHAMED ABDELWAHAB	
ID Number : 2306464534		رقم الهوية	
Gender : 1 Nationality : 313		Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Please declare any of below cases by marking '✓' under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassaemia, homophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, sucher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة
1	MOHAMED ABDELWAHAB	1	EMPLOYEE
اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول
Provider Name	case	Mobile No.	Height
		562872582	0
الوزن	رقم الهوية	الوزن	الطول
Weight	ID Number	0	0

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة ( شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على إمكانية ( شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بالي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع أدناه أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي و يوجد ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة
---	--

Entity's stamp	Employee Signature	Date
شركة عناية للمقاولات العامة	توقيع الموظف	التاريخ
		٢٠٢١ / ٧ / ١٤

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأى مؤمن له مسبقاً عليه (٩١) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح على التوكيلات المندبة عند انضمامهم على وثيقة التأمين السمي
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تغطية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب : (1)		Type	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 570314846		Employee Name : MOHAMMAD TABREZ KHAN	
ID Number		2354537900	
Gender : 1		Nationality : 321	
Marital Status		Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -			
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		No Yes	
1 Any hospital admission during last 12 months?		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, sycic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6 <b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height
570314846	0	0	0
رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name
2354537900	EMPLOYEE	1	MOHAMMAD TABREZ KHAN

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقول أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدي بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بقراءة وفهم جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
---	--

Entity's stamp مؤسسة شركة حبة السلام سلام النخبة المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية	Employee Signature (4) توقيع الموظف TABREZ	Date التاريخ 2023/11/15
--	--	-------------------------------

- Upon removal of the policy, the insurer shall not request a declaration Form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employees.

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل قبائك بعناية هذا النموذج بالشكل المسموح لعرض التأمين وإعطاء حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية المسمية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b> (1)	
<b>PolicyNo/CR :</b>		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 594297265		<b>Employee Name :</b> MOHAMMAD AADIL ABDULLAH	
<b>ID Number</b>		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1		<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
<b>Nationality :</b> 321		<b>الجنسية</b>	
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>			
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemlas, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض التالية فقط : الحمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
<b>Employee and dependents details that need to be added (in case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>			
م	اسم الموظف أو فرد العائلة	الجنس	العلاقة
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	MOHAMMAD AADIL ABDULLAH	1	EMPLOYEE
	594297265	0	0
	23150995055		

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أنا أن ألتزم بتقديم المعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول التأمين سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أن (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه لفتي شيا قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أنا بالي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
---	--

<b>Entity's stamp</b> مؤسسة سلام النخبة شركة التأمين	<b>Employee Signature</b> (4) AADIL	<b>Date</b> 14/11/2023
---	--	---------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.  
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.  
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له سمي عليه (11) شهر.  
 (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم إلى وثيقة التأمين الصحي.  
 (3) في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.  
 (4) عند نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فيما يلي: نموذج هذا النموذج يشتمل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
<b>نوع الطلب (1)</b> Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b>	
<b>PolicyNo./CR :</b>		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 576379780		<b>Employee Name :</b> MOHAMED BILAL MEERAMYDEEN	
<b>ID Number</b>		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1		<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
<b>Nationality :</b> 900		<b>الجنسية:</b>	
<b>Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :</b>			
1	Any hospital admission during last 12 months?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auchoer's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	العلاقة
1	MOHAMED BILAL MEERAMYDEEN	1	EMPLOYEE
2	اسم مقدم الخدمة	الجنس	العلاقة
3	اسم مقدم الخدمة	الجنس	العلاقة
4	اسم مقدم الخدمة	الجنس	العلاقة
5	اسم مقدم الخدمة	الجنس	العلاقة
6	اسم مقدم الخدمة	الجنس	العلاقة
7	اسم مقدم الخدمة	الجنس	العلاقة
8	اسم مقدم الخدمة	الجنس	العلاقة
9	اسم مقدم الخدمة	الجنس	العلاقة
10	اسم مقدم الخدمة	الجنس	العلاقة




<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات :</b> 1. أقر ان البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على الحقبة (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي بثلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج وكذا أتعهد بأن عدم الترخي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة
---	--

<b>Entity's stamp</b> مؤسسه عناية السعودية 1010055922	<b>Employee Signature</b> (4) توقيع الموظف BILAL	<b>Date</b> التاريخ C.C. 18/11/2022
--	--	---

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب لشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) أشهر
- (2) لا يجوز لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي لتجديد العقد عند انقضاءه على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لأضافة المؤمن كإفراد يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة بيانات الوزن والطول بالتوقيع يترتب عن التأمين له
- (5) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (6) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (7) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (8) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

<b>تعليق المؤمن له :</b> تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التصدير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة				
<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.				
<b>نوع الطلب (1)</b>		<b>Type</b>		
<b>Asm el-mutashir :</b>		<b>Entity Name :</b> Al salam		
<b>Asm el-muqtadib :</b>		<b>Employee Name :</b> HIM BAHADUR KHADKA		
<b>رقم الهوية</b>		<b>ID Number</b>		
<b>Gender :</b> 1		<b>Nationality :</b> 707		
<b>الحالة الاجتماعية:</b>		<b>Marital Status</b>		
<b>أعزب</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<b>متزوج</b> <input type="checkbox"/>		
<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>				
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>				
<b>هل تم التشخيص بالمرض خلال آخر 12 شهر ؟</b>				
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				
<b>5</b>				
<b>6</b>				
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>				
<b>بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3</b> <b>(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</b>				
<b>اسم الموظف / أفراد العائلة</b>				
<b>Employees/Dependent Name</b>				
<b>الجنس</b>				
<b>Gender</b>				
<b>القرابة</b>				
<b>Relation</b>				
<b>رقم الهوية</b>				
<b>ID Number</b>				
<b>الطول</b>				
<b>Height</b>				
<b>الوزن</b>				
<b>Weight</b>				
<b>رقم الجوال</b>				
<b>Mobile No.</b>				
<b>الحالة</b>				
<b>case</b>				
<b>اسم مقدم الخدمة</b>				
<b>Provider Name</b>				
<b>1</b>				

<p><b>Undertakings:</b></p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p><b>الالتزامات والتعهدات :</b></p> <p>1. أقر بأن المعلومات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وسأدفع عليه بأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على الحق (شركة عناية السعودية) في رفض السدادية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم لوائي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تفي بوجود ما يستحق الإفصاح عنه وعلوه أرفع.</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.</p>
--	---

Entity's stamp	Employee Signature	Date
		

- (1) Upon receipt of this form, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 12 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد التغطية فله لا يحق لشركة طلب نموذج الفصاح لأي موسم له منسحق عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الفصاح بليلق للموالت الحدت عند استقهم على وثيقة التأمين العسقى المبردة
- (3) لى حال الدامة لإضافة التأمين أكثر بسم تحنة نموذج جند
- (4) عند تطابة قام صاحب العمل بتقديم دلاء عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فيمات بتعبئة هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة <input checked="" type="checkbox"/> New جديد <input checked="" type="checkbox"/> Type (1)		اسم العائلة : Al salam اسم الموظف : SATHANANTHAM KATHIRKAMAPODY							
Policy No / CR : Mobile No : 591460776		رقم الوثيقة الموحدة التجاري : رقم الجوال : 2372971990							
ID Number : 2372971990		الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married							
Gender : 1 Nationality : 900		Marital Status :							
Please declare any of below cases by marking <input checked="" type="checkbox"/> under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التقيم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney Failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الأنتهاب القدي، الفيروس سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسلك البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكيسات، ورم ليفي، باراج، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو للتصلب المتعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PDD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض التليف الكيسي، التليف الكيسي، هيموفيليا، وراثية، مرض ويلسون، تكيس الكلى، الخلل الوراثي.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الفقاري، تضيق الفقرات، التهاب المفاصل أو تمزق الرباط.						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأخص الحامل فقط: حمل حالي وحيد واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الترقية	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	SATHANANTHAM KATHIRKAMAPODY	1	EMPLOYEE	2372971990	0	0	591460776		

<b>Under takings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>الإقرار والتعهد :</b> 1. أقر بالبيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويديها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على لائحة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التسليم كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالبيانات و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع على أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن و الطول و الرض سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.	
--	--	--	--

Entity stamp مؤسسة شركة عناية السعودية شركة عناية السعودية	Employee Signature توقيع الموظف SATHANANTHAM	Date التاريخ 17/11/2023
---	--	-------------------------------

- (1) Upon approval of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Dear Insured:

Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :  
نأمل قيامك بملء يديك هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type (1)					
PolicyNo/CR :		رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam					
Mobile No : 571056769		رقم الجوال :		Employee Name : MURLI RAJBHAR BARSATU					
ID Number		2378139527		رقم الهوية					
Gender : 1		Nationality : 204		الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> عازب					
Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :		No		Yes					
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التحويل بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟					
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتسبات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد					
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : التشلل الدماغى، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض فوشر، مرض التشمس الكلى، التكليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكلىتين الخلقى الوراثى					
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية					
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرى، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة					
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للأشهر الحوامل فقط: حمل حالى جفتين واحد حمل حالى مع قيصرية سابقة حمل حالى متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع					
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )									
م	اسم مقدم الخدمة	حالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف / أفراد العائلة
	Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name
1			571056769	0	0	2378139527	EMPLOYEE	1	MURLI RAJBHAR BARSATU

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الالتزامات والتعهدات :

- أقر أن المعلومات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة ( شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على حقيقة ( شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلية عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه والتي تشكلت قبل تاريخ انعقاد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بلني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أؤكد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع
- عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة

Entity stamp	Employee Signature (4)	Date
موقع الموظف	التاريخ	
موقع الموظف	التاريخ	

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له سبق له (11) أشهر

(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموالد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

(3) في حال الحاجة لإضافة تابعي أكثر يتم ملء نموذج جاري

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(4) عدم تغطية هذا النموذج بالفرع بدلاً عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> <b>Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل قولك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)							
PolicyNo/CR : <b>رقم الوثيقة المسجل التجاري :</b>		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 530411364		Employee Name : HAMDI ABOELHAKIM AKL ALI							
ID Number : 2226937528		رقم الهوية							
Gender : 1	Nationality : 304	Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	نعم لا لا لا						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	HAMDI ABOELHAKIM AKL ALI	1	EMPLOYEE	2226937528	0	0	530411364	case	Provider Name

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على إمكانية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبات أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر أنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع على أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة إني وجود ما يستلزم الإفصاح عنه و عليه أوافق. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.
---	--

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلام النخبة شركة التأمين الصحية	Employee Signature توقيع الموظف (4)	Date التاريخ 2021/12/18
--	---	-------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإن لا بحق لشركة ماله - نموذج الإفصاح لاتي مؤمن له حسب - عليه (11) أشهر
- (2) لا بحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمؤمن له بعد صدور إفصاحه على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعي أفضل يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) من غير نظامي قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً من المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

عزيزي المؤمن به :

نأمل فوائك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التأمين و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة

توقيع المؤمن به : (1)

Dear Insured:

Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

توقيع المؤمن به : (1)

تاريخ : 23/01/2019

اسم المؤمن به : Al salam

اسم المؤمن به : SAMIULLAH KHAN BADARUJ KHAN

رقم الهوية : 2375736119

رقم الجوال : 581031242

الجنس : 1

الجنسية : 321

Marital Status : Married

Single

أعزب

مطلق

متزوج

Gender : 1

Nationality : 321

Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :

1. هل تم التشخيص بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : الأورام الحميدة ، السرطان ، أمراض القلب ، التهاب الكبد الفيروسي المزمن ، حصوات المرارة ، الفشل الكلوي ، حصوات الكلى ، تضخم الغدة الدرقية ، التكيسات ، ورم ليفي بالرحم ، الفشل الكلوي ، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد .

2. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي ، اضطراب الغلايا المنجلية ، التلاسيميا ، الهيموفيليا ، أمراض التمثيل الغذائي ، استسقاء الراس ، شحموز العضلات الشوكي ، تشوهات الأضلاع ، أمراض الترومبوسومات ، مرض غوتتر ، مرض التكسر الخلوي ، التكليف الكيسي ، هيموكروماتوسيس ، مرض ويلسون ، تكيس الكلى ، الفشل الكلوي .

3. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض العينية التالية فقط : مياه بيضاء ، مياه زرقاء ، أمراض القرنية أو الأمراض الشبكية .

4. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الإزلاق الفقرية ، الكساح ، التهاب العنق ، التهاب الكتف أو تمزق الأربطة .

5. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض العظمية التالية فقط : الإزلاق الفقرية ، الكساح ، التهاب العنق ، التهاب الكتف أو تمزق الأربطة .

6. Pregnant Females only:  
Current single pregnancy  
Current single pregnancy with previous CS delivery  
Current multiple pregnancy  
Expected delivery date

تاريخ الولادة المتوقع :

حمل حالي جنين واحد

حمل حالي مع قيصرية سابقة

حمل حالي متعدد الأجنة

تاريخ الولادة المتوقع

يبدأت الموظف وأفراد العائلة المراد تأمينهم 3

(في حالة الأجيال يتم إعلان ، الرجاء ذكر الحالة في الجدول التالي)

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف وأفراد العائلة
Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name
		581031242	0	0	2375736119	EMPLOYEE	1	SAMIULLAH KHAN BADARUJ KHAN

Under takings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بالبيانات المطلوبة لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن به خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

توقيع المؤمن به : (4)

تاريخ : 23/01/2019

Employee Signature : SAMIULLAH

تاريخ : 23/01/2019

Employee Signature : SAMIULLAH

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يُلزم المؤمن طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن به مدته (11) شهراً.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد المندمجين مع التأمين الصحي الماركة.
- في حال الحاجة لأشخاص آخرين لتأمينهم أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم تعبئة بيانات العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن به.



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> يملأ قوامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>PolicyNo/CR :</b> <b>Mobile No :</b> 571273353 <b>ID Number</b> 2375206139	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>Entity Name :</b> Al salam <b>Employee Name :</b> JIUT KUMAR RAJBHAR	<b>Type</b> (1) <b>الحالة الاجتماعية :</b>	
<b>Gender :</b> 1 <b>الجنس :</b> 304 <b>Nationality :</b> <b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب		<b>الحالة الاجتماعية :</b>	
<b>Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء وضع إشارة 'v' في المربع تحت كلمة - نعم -</b>	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes

<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>							
م	اسم المؤمن له / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال
1	JIUT KUMAR RAJBHAR	1	EMPLOYEE	2375206139	0	0	571273353

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات و التوقيض :</b> 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه أن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر باني هذا قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تلي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه توقيع. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن و الطول يؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.
---	--

Entity's stamp مؤسسة سلامة النخبة 1010645926	Employee Signature JIUT	Date 12/11/2024
--	----------------------------	--------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل بإدخالك بدقة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبادئ الوثيقة الموحدة							
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b> (1)							
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/السياسة التجارية :		<b>Entry Name :</b> Al salam							
<b>Mobile No :</b> 500842617 رقم الجوال		<b>Employee Name :</b> RAJEEVAN THIRU KUNNUMMEL							
<b>ID Number</b> 2234508188		<b>رقم الهوية</b>							
<b>Gender :</b> 1 الجنس:		<b>Marital Status</b> <input type="checkbox"/> متزوج <input checked="" type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> Single							
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة " نعم "</b>							
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التقيوم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الحصوات الكلوية، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكيسات، ورم ليفي، بارثوخ، التقي، أمراض المناعة الذاتية أو المتصلب المتعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : تشلل الدماغ، اضطراب الخلايا العنقية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرار الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرية، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأثري الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>									
<b>بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3</b> <b>(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</b>									
اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف /أفراد العائلة	م
Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name	
		500842617	0	0	2234508188	EMPLOYEE	1	RAJEEVAN THIRU KUNNUMMEL	1

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>التعهدات و التوقيض :</b> 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عنابة السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عنابة السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي في قراءت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التمرير أعلم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستلحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
---	---

<b>Entity's stamp</b> شركة عنابة السعودية للمقاولات العامة	<b>Employee Signature</b> (4) THIRU	<b>توقيع الموظف</b>	<b>Date</b> 5/11/1435
--	--	---------------------	--------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح على مولود جديد عند استكمالهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم تعبئة قباله صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له:</b> تأمل فيملأك بتمعن هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)							
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/الرجل التجاري :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 577202421 رقم الجوال :		Employee Name : GHASI RAM HARNATH BAIRWA							
ID Number 2383273196		رقم الهوية							
Gender : 1		Nationality : 321							
Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج		Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, sucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	الأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>									
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف وإفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		577202421	0	0	2383273196	EMPLOYEE	1	GHASI RAM HARNATH BAIRWA	1




<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات:</b> 1. أنا أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فأقر بقبول الطلب منكم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة إنaya السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاجها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة إنaya السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمته جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم الشرائح أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة إقرار بوجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
---	--

Employee's Name غاشي رام النخبة 2010095076	Employee Signature (4) GHASI	Date التاريخ 20/01/1442
--	---------------------------------	-------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة قلته لا بد لي للشركة ذلك نموذج الإفصاح لأي مؤمن له معنى عليه (11) أشهر
- (2) لا بد لي لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمؤمن له عند استئنافهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لاستضافة تأمين لغيره أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>				<b>عزيزي المؤمن له :</b> <b>نأمل فليكم بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة</b>						
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2)		<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b> (1)						
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/السجل التجاري :				<b>Entity Name :</b> Al salam						
<b>Mobile No :</b> 532898831 رقم الجوال				<b>Employee Name :</b> ROBAL AHMAD SANDRA BAGOM						
<b>ID Number</b> 2309145833				<b>رقم الهوية</b>						
<b>Gender :</b> 1		<b>Nationality :</b> 321		<b>Marital Status</b>		<b>العزب</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>متزوج</b> <input type="checkbox"/>				
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>				<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>						
				<b>Yes</b>		<b>No</b>				
1	Any hospital admission during last 12 months?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟				
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب المفاصل الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالفم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.				
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب تنفصا متناوب، تشخيص، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الزرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضغاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض فوشر، مرض التكرار الجولي، التكيف القيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويسون، تكيس الكليتين الخلقية للوراثي.				
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بياضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض تشبكية.				
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاقي الغضروفي للديسك، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.				
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للتأمين الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع				
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>										
<b>بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3</b> <b>(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</b>										
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف (أفراد العائلة)	
	Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name	
			532898831	0	0	2309145833	EMPLOYEE	1	ROBAL AHMAD SANDRA BAGOM	1

<p><b>Undertakings:</b></p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that {Saudi Enaya} has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that {Saudi Enaya} has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on this basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p><b>الالتزامات والتعهدات :</b></p> <p>1. أقول إن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول المطالب سيتم على أساس هذه البيانات و أن للشركة ( شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر</p> <p>2. أوافق على أحقية ( شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التعديلية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة موزن له خلال فترة بريمان العقد</p> <p>3. لأقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع باسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لرفع</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة</p>
---	---

Entity's stamp	Employee Signature	Date
		

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوضعة ملك لا يحق للشركة طلب نموذج الصافي لأي مومن له نصيب عليه (11) نادر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج القصاص على التواليد الجديد عند استعقوب على وثيقة التأمين العممي المبررة
- (3) هي حال الحاجة لأصاغة تدفع أكثر يتم تسعة نموذج جديد
- (4) عدم نظرية يتم صاحب العمل بالتقيد بلا غير المعلن له



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب ملفك الوظيفي الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b> (1)	<b>نوع القسط</b>	
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/ال سجل التجاري :		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 508109549 رقم الجوال :		<b>Employee Name :</b> ALI ABDULMUGHNI ALSHAWAFI	
<b>ID Number</b> 2375305501		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1	<b>Nationality :</b> 321	<b>Marital Status</b>	<b>الجنس</b>
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>Married</b> <input type="checkbox"/> متزوج <b>Single</b> <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	<b>الحالة الاجتماعية</b>
<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>		<b>Yes</b> نعم <b>No</b> لا	<b>نعم</b> <b>لا</b>
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التويز بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	I have been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التويز، الأورام الحميدة، المرطبان، أمراض القلب، التهاب الكبد، الفيروسى المزمن، حصوات المرارة، الحصوات الكلوية، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتوسات، ورم ليفى بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، إستسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكية، تشوهات الأضواء التنسيلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التصلب الشوكى، التيف الكيسى، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، تشفى الوراثى.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاى، تضخروفي الديسك، الحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>للأثفم العائل فقط:</b> حمل حالى جافين واحد حمل حالى مع قيصرية سابقة حمل حالى متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>			
<b>بيانات الموظف و افراد العائلة المراد اضافتهم ( في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه )</b>			
م	اسم الموظف و افراد العائلة	الجنس	القرابة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation
1	ALI ABDULMUGHNI ALSHAWAFI	1	EMPLOYEE
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
	Provider Name	case	Mobile No.
			508109549
	الوزن	الطول	رقم الهوية
	Weight	Height	ID Number
	0	0	2375305501

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات :</b> 1. أنا أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنى قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم تشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
---	---

Entity's stamp	Employee Signature	Date
ختم شركة التأمين <b>سلام النخبة</b> 508109549	رقم الموظف (4)	التاريخ ٢٠٢١ / ١١ / ١٤

- (1) Upon renewal of the policy, the Insured should not request a declaration form for any insured under the policy for 11 months.
- (2) The insured is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) أشهر.

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للأولاد المند عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحية.

(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.

(4) عند لزامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.

<b>Dear Insured:</b> Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له: نأمل ان تملأ هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبادئ الوثيقة الموحدة						
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1) نوع الطلب					
Policy No / CR : رقم الوثيقة للسجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :						
Mobile No : 508252950 رقم الجوال :		Employee Name : IBRAHIM MIA MD IORIS اسم الموظف :						
ID Number : 2315383618	Marital Status Single <input checked="" type="checkbox"/> عزوب Married <input type="checkbox"/> متزوج							
Gender : 1 جنس : ذكر	Nationality : 304 الجنسية :							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :								
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>					
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>					
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>					
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>					
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>					
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below ) (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء نشر الحالة في الجدول لسانام)								
Name of the insured Employee/Dependent Name	Relation Relation	Gender Gender	ID Number ID Number	Weight Weight	Height Height	Mobile No. Mobile No.	Case Case	Provider Name Provider Name
IBRAHIM MIA MD IORIS	EMPLOYEE	1	2315383618			508252950		
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(5). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.								
الإقرار والتعهدات: 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي يتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على إمكانية ( شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة او للتغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة اعلاه والتي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بذلك قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج بما أشهد بان عدم اشارتي امام اي من الاعلاء المذكورة اعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه توقيع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة								
Entity's Stamp	Employee Signature	Date						
MIA	C. O. 17/1/18							

(1) عند تجديد الوصفة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مسبقا عليه (٩٦) شهر  
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموالت الجديد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة  
(3) في حال الحاجة لاستشارة نلخص أكثر يتم تعبئة نموذج جديد  
(4) عدم نظامية قيام مستشار العمل بالتوقيع بدل عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل إتشك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b> (1)	
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/الحوال :		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 593502534 رقم الجوال :		<b>Employee Name :</b> SALMAN MUHAMMAD SHAFIQUE	
<b>ID Number</b> 2370328151		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> I	<b>Nationality :</b> 321 الجنسية	<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	<b>الحالة الاجتماعية :</b>
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>Yes</b> نعم	<b>No</b> لا
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>الأنثى الحامل فقط :</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>			
<b>بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بـ نعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</b>			
م	اسم الموظف /أفراد العائلة	الجنس	العلاقة
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
	Provider Name	case	Mobile No.
	الوزن	الطول	رقم الهوية
	Weight	Height	ID Number
	RELATION	Gender	Employees/Dependent Name
	593502534	0	0
	2370328151	EMPLOYEE	1
	SALMAN MUHAMMAD SHAFIQUE		

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات :</b> 1. أقر بأن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبولي المطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة ( شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على إمكانية ( شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه توقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة
---	---

<b>Entity Stamp</b> مؤسسة شركة سلام التغطية لخدمات التأمين العامة	<b>Employee Signature</b> (4) توقيع الموظف SHAFIQUE	<b>Date</b> التاريخ 2021/11/14
---	---	--------------------------------------

- (1) عند تجديد أو إضافة مؤمن له لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح بأي من المواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم سلبية قيام مسند العمل بالتوقيع بدلاً من المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

**Dear Insured:**  
Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

**Additional** ☐ (2) **New** ☒ **Type** **Entity Name** : Al Salam **Employee Name** : ABDULLAH ABULKAREEM MOHSEN

**Policy No / CR** : 599614838 **Mobile No** : 2377413667 **Gender** : 1 **Nationality** : 321 **Marital Status** : Married ☐ Single ☒ **Age** : 1

**Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :**

No	Yes	No	Case
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Any hospital admission during last 12 months?
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, such as disease, SGPDD deficiency, sybic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date

**Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)**

م	اسم الموظف أو فرد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	ABDULLAH ABULKAREEM MOHSEN	1	EMPLOYEE	2377413667	0	0	599614838		

**Under takings:**

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

**الإقرار والتعهد :**

- أقر أن المعلومات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وسليمة و بانه عليه ان قبول الطلب سيتم على اساس هذه البيانات وان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اعمل معها لجمع اي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على اجهزة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الاصحاح عن وجود اي من الحالات المذكورة اعلاه التي تلتك قبل تاريخ التصديق او قبل التسجيل او اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بانني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما اتعهد بان عدم اشرائي اسم اي من الحالات المذكورة اعلاه يعتبر بمثابة تعمي وجود ما يستحق الاصحاح عنه و عليه اوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

**Entity's stamp** **Employee Signature** **Date**

**مؤسسة** **توقيع الموظف** **التاريخ**

**سلام النخبة** **2024/04/14**

(1) Upon the renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للشركة طلب نموذج اقرار اي مؤمن له مضي عليه (11) شهرا

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج اقرار صحي لتأمينات الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال الحاجة لاضافة تأميني اكثر رتب تعبئة نموذج جديد


(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.				عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و لفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة			
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type (1)			
Policy No / CR :			Entity Name : Al salam				
Mobile No : 573319670			Employee Name : TOFAZZAL HOSSAIN A KUDDUS				
ID Number			2306829587				
Gender : 1		Nationality : 321		Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب			
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :				يرجى الإخطار عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -			
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم التثويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟			
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الحصى الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التقيص، ورم ليفي بالرحم، القلب، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.			
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, eucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض المنسحل، اعتلال الكلى، استسقاء الرأس، ضغور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرار اللوزي، تشنجات الكيسي، هيموفيليا ومتوسمين، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.			
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.			
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، النسيك، الانحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.			
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>الأنثى الحامل فقط :</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع			
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>							
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	العلاقة	رقم الهوية	الطول	الوزن		
1	TOFAZZAL HOSSAIN A KUDDUS	EMPLOYEE	2306829587	0	0		

**التعهدات والتعهدات:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

Entity's stamp	Employee Signature	Date
	(4) KUDDUS	التاريخ 20/11/14

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any individual who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filed.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فقد لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي المبرم له مصرى عليه (17) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طلي للموالت الجدد عند اضطلاعهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لاضافة تابعين اكثر فم كميته نموذج جديد
- (4) عدم تقاضية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المبرم له

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل في هذه الوثيقة بعناية هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة							
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>PolicyNo/CR :</b> <b>Mobile No :</b> 542204418 <b>ID Number</b> 1080138843	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>Entity Name :</b> Al salam <b>Employee Name :</b> NAWAF AYAD NAHAR ALHARBI <b>Gender :</b> 1 <b>Nationality :</b> 305 <b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	<b>Type</b> (1) <b>اسم المنشأة :</b> <b>اسم الموظف :</b> <b>رقم الهوية :</b> <b>الحالة الاجتماعية :</b>							
<b>Please declare any of below cases by marking '✓' under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة '✓' في المربع تحت كلمة - نعم -</b>							
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التقيوم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفص، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophillia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, systemic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب شللها المنجلي، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض تكسر الكولي، التكيف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، التهاب المفاصل أو تمزق الربطة.						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>للإناث الحوامل فقط :</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>		<b>بيانات الموظف والاراد المعالقة المراد اضافتهم (3)</b> <b>(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</b>							
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف لإيراد المعالقة Employees/Dependent Name	م
		542204418	0	0	1080138843	EMPLOYEE	1	NAWAF AYAD NAHAR ALHARBI	1
		542204418	0	0	1195879091	SON	1	ANAS NAWAF AYAD ALHARBI	2
		542204418	0	0	1075680668	WIFE	2	DALAL SAMAH NAHAR ALHARBI	3
		542204418	0	0	1171184128	DAUGHTER	2	MALAK NAWAF AYAD ALHARBI	4
<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>الإقرار والتعهد :</b> 1. أنا أن أتقبلت و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول التأمين سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة ( شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة ( شركة عناية السعودية ) في رفض التغطية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه للتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أنا أقر إلى هذا، أفهم و أوافق جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارة أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.							
Entity's stamp	Employee Signature	Date							

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 12 months.  
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
 (3) If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.  
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فلا يلزم لشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مستمر عليه (12) أشهر.  
 (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمولود الجديد عند انضمامه على وثيقة التأمين الصحي السارية.  
 (3) في حال الحاجة لاضافة لاعقبين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.  
 (4) عدم تعبئة إتمام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل فوائدهم بتعبئة هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك ول أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية المطلوبة بشكل موحد حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>Type</b> (1)		<b>اسم المؤمن له :</b> Al salam <b>اسم الموظف :</b> MOHAMMED MUSHABBAB ALSHEHRI	
<b>PolicyNo/CR :</b> <b>Mobile No :</b> 504553765		<b>رقم الوثيقة / السجل التجاري :</b> <b>رقم الجوال :</b> 1015706904	
<b>ID Number</b> 1015706904		<b>الجنس :</b> Male <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> <b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج <input checked="" type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/>	
<b>Gender :</b> 1		<b>Nationality :</b> 305	
<b>Please declare any of below cases by marking V under the word (yes) :</b>			
1	Any hospital admission during last 12 months?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, audher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

**Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare this case in the table below )**

**بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)**

م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	MOHAMMED MUSHABBAB ALSHEHRI	1	EMPLOYEE	1015706904	0	0	504553765		
2	QISLAH DHAFER AWWADH ALSHEHRI	2	WIFE	1018410728	0	0	504553765		
3	RAYD MOHAMMED ALSHEHRI	1	SON	1148165861	0	0	504553765		
4	ABDULLAH MOHAMMED ALSHEHRI	1	SON	1132849686	0	0	504553765		
5	ABDULRAHMAN ALSHEHRI	1	SON	1123711135	0	0	504553765		
6	JUMANA MOHAMMED ALSHEHRI	2	DAUGHTER	1176940417	0	0	504553765		

**Undertakings:**

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrollment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

**التزامات والتعهدات :**

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول التأمين سيتم على أساس هذه البيانات، وإن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما تعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعميلاً وتوقيعاً على الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الوزن والطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المبرطة.

Entity's stamp	Employee Signature	Date
		التاريخ ٢٠٢١ / ١٧ / ١٤

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been covered for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال إضافة أشخاص آخرين، يجب ملء نموذج جديد

(4) عدم تعبئة بيانات الوزن والطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المبرطة

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>مخبري المؤمن له :</b> تأمل قوائم بنسخة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناطق الوثيقة الموحدة						
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>Type</b> (1)		<b>اسم المنشأة :</b> Al salam						
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/السجل التجاري :		<b>Entity Name :</b> OTHMAN ABDULALIM QINDIL						
<b>Mobile No :</b> 547346639 رقم الجوال:		<b>Employee Name :</b>						
<b>ID Number</b> 2061854846		<b>رقم الهوية</b>						
<b>Gender :</b> 1 <b>Nationality :</b> 204		<b>الحالة الاجتماعية:</b> <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> أعزب						
<b>Marital Status</b>		<b>الحالة الاجتماعية:</b>						
<b>Gender :</b> 1		<b>Nationality :</b> 204						
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes):</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>						
<b>1</b> Any hospital admission during last 12 months?		<b>هل تم التويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟</b>						
<b>2</b> Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		<b>هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط:</b> التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكليست، ورم ليفي بالرحم، الفلج، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.						
<b>3</b> Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassaemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucho's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		<b>هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط :</b> الشلل الدماغي، اضطراب خلايا المنجلي، التليف، هيموفيليا، أمراض الدم، الخباثات، استسقاء كبد، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكبر الكولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.						
<b>4</b> Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		<b>هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط:</b> المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
<b>5</b> Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		<b>هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط:</b> الانزلاق الغضروفي، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.						
<b>6</b> <b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		<b>للأنثى الحامل فقط:</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع القيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>								
<b>بيانات الموظف وأفراد العيلة المضافة لهم 3</b> <b>(في حالة الإجابة بـ نعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</b>								
اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الجنس	الغاية	رقم الهوية	العلاقة	اسم الموظف لأفراد العيلة	م
Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Employees/Dependent Name	
		547346639	0	0	2061854846	EMPLOYEE	OTHMAN ABDULALIM QINDIL	1
<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>التعهدات :</b> 1. أقر بأن البيانات والمعلومات المبكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بذم عليه بأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و إن الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التعطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعلق أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بلي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن والطول و الرفض لشلية تكاليف عملية جراحية لسمانة المرافقة.						
<b>Entity's stamp</b>		<b>Employee Signature</b> (4)						
<b>توقيع المؤسسة</b>		<b>توقيع الموظف</b>						
<b>Date</b>		<b>التاريخ</b>						
<b>2020/09/28</b>		<b>2020/09/28</b>						



Dear Insured:  
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

نأمل إكمال هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة المرحدة

نوع التأمين (1)

Addition ☐ (2) إضافة New ☒ جديد Type

Entity Name: Al salam

Employee Name: MAHMOUD HASSAN SAYED ALY

Policy No/CR: رقم الوثيقة السجل التجاري: 2228067027

Mobile No: 506910609

ID Number: 2228067027

Gender: 1 Nationality: 321

Marital Status: Married ☐ Single ☒ أعزب

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes):

1. هل تم التبول بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟

2. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الحصوات الكلوية، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التليفات، ورم ليفي بالرحم، اللق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.

3. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الغلايا المنجية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض المثانة، التذاني، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض ترنش، مرض التكسير للقول، التليف التقيسي، هيپوكرومتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى الخلقى الوراثى.

4. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.

5. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرولي الديسك، التهاب العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.

6. Pregnant Females only:  
Current single pregnancy  
Current single pregnancy with previous CS delivery  
Current multiple pregnancy  
Expected delivery date

ببدايات الموظف وفرد العائلة المراد اضافتهم 3  
(في حالة الإجابة بغير أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name	
1	EMPLOYEE	2228067027	0	0	506910609			

الأفراد والتأمين:

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبولي للتأمين سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أعالج معها لأزيد بها أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلما عتد بهم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم الشارني اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع.

4. عدم تسمية ممتلكات القدر و الوزن -يؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السادة الموطنة

Under takings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

Entity's Stamp:

Employee Signature:

Date: ٢٠٢١ / ٧ / ١٤

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يلحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) أشهر
- (2) لا يلحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حق الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

**Dear Insured,**  
**Please Fill out the form correctly for the purpose of Pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**

عزيزي المؤمن له :  
لنأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مدافع الوثيقة الموحدة

**Addition** ☐ (2) إضافة **New** ☒ جديد **Type** (1) نوع الضبط

**PolicyNo/CR :** رقم الوثيقة/السجل التجاري : **Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :  
**Mobile No :** 595878514 رقم الجوال **Employee Name :** ABDULHADI ALI MOHAMMED SAIF اسم الموظف :  
**ID Number** 2384566598 رقم الهوية :  
**Gender :** 1 الجنس : **Nationality :** 321 الجنسية : **Marital Status** ☐ Married متزوج ☒ Single أعزب ☐ Divorced

**Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :**

1	2	3	4	5	6
Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
1	هل تم التحويل بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة ، البوقتان ، أمراض القلب ، التهاب الكبد الفيروسي المزمن ، حصوات المرارة ، الفشل الكلوي ، حصوات المسالك البولية ، تشنجات العرقية ، التقيؤات ، ورم ليفي بالرحم ، الفشل الكلوي ، أمراض نخاعية الخائية أو التصلب المتعدد .	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو تشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي ، اضطراب تخثر الدم ، التليف الكيسي ، الهيموفيليا ، أمراض الشلل القاذي ، استسقاء الرأس ، ضمور العضلات الشوكي ، تشوهات الأعضاء التناسلية ، أمراض الغروموسومات ، مرض غوشل ، مرض التصلب اللويحي ، التليف الكيسي ، هيموكروماتوزيس ، مرض ويلسون ، تكيس كلتيتن الخلقية الوراثية .	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : المياه البيضاء ، المياه الزرقاء ، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية .	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الإزلاق العظمية ، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة .
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		

**Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)**

بيانات الموظفين و افراد العائلة المراد اضافتهم 3  
(في حالة الاجابة بـ نعم اعلاه ، الرجاء ذكر الحالة في الجدول ادناه)

م	اسم الموظف باقراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	ABDULHADI ALI MOHAMMED SAIF	1	EMPLOYEE	2384566598	0	0	595878514		

**Undertakings:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الالتزامات :

1. أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة اعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية لا تحتاج اليها لتقييم المخاطر .

2. اوافق على اقرابة (شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الاقصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة اعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد .

3. أقر بلي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما اتعهد بان عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة اعلاه يعتبر بمثابة تلي وجود ما يستحق الاقصاح عنه و عليه اوقع .

4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة .

Entity's stamp **سلام النخبة** Employee Signature (4) **توقيع الموظف** Date **التاريخ** ٢٠٢١ / ١٢ / ١٤

- (1) عند تجدد الوثيقة فله لا يحق لشركة طراد نموذج اقصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج اقصاح طبي للمواليد المند عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تمسك نموذج جديد
- (1) عدم تغطية فوائد صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.				<b>عزيزي المؤمن له:</b> نأمل قيامك بملئ هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة			
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة		<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b> (1)			
<b>PolicyNo./CR :</b>		<b>Entity Name :</b> Al salam		<b>اسم المنشأة :</b>			
<b>Mobile No :</b> 538156509		<b>Employee Name :</b> ABDULRAHMAN SAEED ALOMAQI		<b>اسم الموظف :</b>			
<b>ID Number</b>		<b>رقم الهوية</b>		<b>رقم الهوية</b>			
<b>Gender :</b> 1		<b>Nationality :</b> 321		<b>الدولة الاجتماعية:</b>			
<b>Marital Status</b>		<b>Married</b> <input type="checkbox"/> متزوج		<b>Single</b> <input checked="" type="checkbox"/> أعزب			
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>				<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة "نعم" .</b>			
<b>1</b> Any hospital admission during last 12 months?		<b>No</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<b>Yes</b> <input type="checkbox"/>			
<b>2</b> Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		<b>No</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<b>Yes</b> <input type="checkbox"/>			
<b>3</b> Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, C6PDDeficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		<b>No</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<b>Yes</b> <input type="checkbox"/>			
<b>4</b> Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		<b>No</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<b>Yes</b> <input type="checkbox"/>			
<b>5</b> Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		<b>No</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<b>Yes</b> <input type="checkbox"/>			
<b>6</b> <b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		<b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/>		<b>لاشيء من الجمل فقط:</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع			
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>							
<b>بيانات الموظف والراعي المعتمدة المراد إضافتهم (3)</b> <b>(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</b>							
<b>اسم مقدم الخدمة</b> <b>Provider Name</b>	<b>الحالة</b> <b>case</b>	<b>رقم الجوال</b> <b>Mobile No.</b>	<b>الطول</b> <b>Height</b>	<b>الوزن</b> <b>Weight</b>	<b>رقم الهوية</b> <b>ID Number</b>		
<b>اسم الموظف /الراعي المعتمدة</b> <b>Employees/Dependent Name</b>	<b>الجنس</b> <b>Gender</b>	<b>العلاقة</b> <b>Relation</b>	<b>الجنس</b> <b>Gender</b>	<b>العلاقة</b> <b>Relation</b>	<b>اسم الموظف /الراعي المعتمدة</b> <b>Employees/Dependent Name</b>		
<b>اسم مقدم الخدمة</b> <b>Provider Name</b>	<b>الحالة</b> <b>case</b>	<b>رقم الجوال</b> <b>Mobile No.</b>	<b>الطول</b> <b>Height</b>	<b>الوزن</b> <b>Weight</b>	<b>رقم الهوية</b> <b>ID Number</b>		
<b>اسم الموظف /الراعي المعتمدة</b> <b>Employees/Dependent Name</b>	<b>الجنس</b> <b>Gender</b>	<b>العلاقة</b> <b>Relation</b>	<b>الجنس</b> <b>Gender</b>	<b>العلاقة</b> <b>Relation</b>	<b>اسم الموظف /الراعي المعتمدة</b> <b>Employees/Dependent Name</b>		

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>الالتزامات والتعهدات:</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بشي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلي رفض تغطية تكاليف عملية جراحية للسمنة المتفرطة	
---	--	--	--

<b>Entity's stamp</b> شركة عناية السعودية للمقاولات العامة 095926	<b>Employee Signature</b> توقيع الموظف عبد الله	<b>Date</b> التاريخ 2023/11/11
--	---	--------------------------------------

- (1) عند تجديد أو تسعة فائدة لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له سمي عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق للشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للموالت البند عند استعنتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة فاه صلب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل فيك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة.							
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type							
اسم المنشأة : Policy No / CR :		Entity Name : Al salam							
اسم الموظف : Mobile No : 562093376		Employee Name : NAGIB SALEM MOHAMED SALEM							
رقم الهوية : ID Number : 2306831963		الحالة الاجتماعية : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Gender : 1 Nationality : 321		Marital Status							
Please declare any of below cases by marking <input checked="" type="checkbox"/> under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة <input checked="" type="checkbox"/> في المربع تحت كلمة - نعم -							
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم للتقديم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الحصوات الكلوية، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, systichibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو الشذوذات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التصلب القوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرية، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى، الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)									
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	1
		562093376	0	0	2306831963	EMPLOYEE	1	NAGIB SALEM MOHAMED SALEM	

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات و التقريرات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة نمذجة السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أن شركة (شركة نمذجة السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي باسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
---	--

Entity's stamp سلام النخبة للمقاولات العامة 10110045926	Employee Signature (n) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١ / ١٧ / ١٤
--	--	-----------------------------------

- (1) عند تحديث الوثيقة فكل لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مدس عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق للشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تبوية نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (5) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



<b>SAUDI ENAYA</b> شركة التأمين العامة		<b>عربي المؤمن له</b> نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التأمين و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناطق التغطية الموحدة	
<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		<b>توقع الطلب</b> (1)	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b>	
<b>Policy No / CR :</b> رقم الوثيقة/السجل التجاري :		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 562672454		<b>Employee Name :</b> ALAA YOUSSEF ZAKY AHMED	
<b>ID Number</b> 2300139413		<b>الحالة الاجتماعية:</b>	
<b>Gender :</b> 1	<b>Nationality :</b> 321	<b>Marital Status</b>	<b>متزوج</b> <input type="checkbox"/> <b>أعزب</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b>			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تم التقييم بالمستشفى خلال المدة 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم القدة المرارية، الكلى، ورم ليفي بالرحم، فقر، أمراض المناعة الذاتية أو النصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : التشلل الدماغي، اضطراب خلايا الدم الحمراء، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض الدم، فقر الدم، أمراض الكلى، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس القولي، التليف الكيسي، الهيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، الكلى الوراثي.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الخشوية، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>للأشهر الجاهل فقط :</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>			
<b>اسم مقدم الخدمة</b> Provider Name	<b>الحالة</b> case	<b>رقم الجوال</b> Mobile No.	<b>الوزن</b> Weight
<b>الجنس</b> Gender	<b>العلاقة</b> Relation	<b>رقم الهوية</b> ID Number	<b>اسم الموظف / افراد العائلة</b> Employees/Dependent Name
1	EMPLOYEE	1	ALAA YOUSSEF ZAKY AHMED
<b>التأجيل و التوقيض :</b>			
<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي التعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على لائحة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلما عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التمسك أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أنني أقر بعدم إلزامي من الحالات المذكورة أعلاه وعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه توقيع. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن و الارتفاع سيؤدي إلى رفض تغطية عملية جراحاة السمنة المفرطة.	
<b>Entity's stamp</b> شركة التأمين العامة	<b>Employee Signature</b> (4)	<b>Date</b> 14/11/2023	<b>توقيع الموظف</b>
عند تجديد الوثيقة فإنه لا يمكن للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) شهر لا يمكن للشركة التأمين طلب نموذج إفصاح على المواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة. في حال الحاجة لأضافة زائلي أكثر يتم تعبئة نموذج جديد عند تلامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً من المؤمن له			

نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		تامل فيتمك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1) نوع الطلب								
Policy No/CR : رقم الوثيقة / السجل التجاري :	Entity Name : All salam اسم المنشأة :								
Mobile No : 576099718 رقم الجوال :	Employee Name : MOHAMMED RASEL SOHIDULLAH اسم الموظف :								
ID Number 2305451649	رقم الهوية								
Gender : 1 Nationality : 207 الجنسية :	Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب								
Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة 'v' في المربع تحت كلمة - نعم -							
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم التحويل بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو للتصلب المتعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, eucher's disease, G6PD deficiency, sysdcifibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب خلايا الدم الحمراء، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض نقص المناعة الخلقي، مرض ويلسون، تكيس الكلى، تشوهات الكلى الوراثية.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفية، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل أو تمزق الرباط.						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>الأنثى الحامل فقط:</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الترابطة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	حالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	MOHAMMED RASEL SOHIDULLAH	I	EMPLOYEE	2305451649	0	0	576099718		

<b>Underlakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>الالتزامات والتعهدات:</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعويض كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التوقيع أو قبل التسجيل أو إضافة تأمين جديد خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بال عدم التوقيع باسم أي من الحالات المذكورة أعلاه بغير مسؤولية ولي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
---	---

Entity's stamp شتم جهة العمل سلام التغطية شركة عناية السعودية	Employee Signature (4) توقيع الموظف SHOHIDULLAH	Date التاريخ 2024/11/15
--	---	-------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للمؤمن طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له منى عليه (11) شهر
- (2) لا يمكن لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح على التأمين الجديد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي الدورية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تبعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا من المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له:</b> نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير وضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
<b>نوع الطلب (1)</b> Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input checked="" type="checkbox"/> New جديد		<b>Type</b>	
<b>Entity Name:</b> Al salam		<b>اسم المنشأة:</b>	
<b>PolicyNo/CR:</b>		<b>Employee Name:</b> AHMAD USMAN AHMAD JAN	
<b>Mobile No:</b> 599033594		<b>رقم الهوية:</b> 2349289385	
<b>ID Number</b>		<b>الجنسية:</b> 207	
<b>Gender:</b> 1		<b>Marital Status:</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes):</b>			
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، التقيح، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucler's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض تشنجات، الغضبي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكرس الغولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، التليف الوراثي
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاقي الفقرولي، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>			
م	اسم الموظف وأفراد العائلة	الجنس	العلاقة
1	AHMAD USMAN AHMAD JAN	1	EMPLOYEE
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
1	Provider Name	case	Mobile No.
1			599033594

#### Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

#### الالتزامات والتكليفات:

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أن (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كلها عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي شلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بذلك قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature	Date
شركة عناية السعودية للمقاولات العامة 1010095926	USMAN	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

- Upon removal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 13 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (13) شهرا

(2) لا يحق للشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي لتوليد الجنين عند استحقاقهم على وثيقة التأمين الصحية السارية

(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلا من المؤمن له

<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب : (1)		اسم المنشأة : Al salam	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Entity Name : MOHAMMAD FAIYAZ AHMAD	
PolicyNo/CR : 594729592		Employee Name : MOHAMMAD FAIYAZ AHMAD	
Mobile No : 594729592		رقم الهوية : 2306152139	
ID Number : 2306152139		Single <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Married	
Gender : 1		Nationality : 900	
Please declare any of below cases by marking 'V' under the word (Yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucho's disease, G6PD deficiency, systic fibrinosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الترقية
1	MOHAMMAD FAIYAZ AHMAD	1	EMPLOYEE
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
1	Provider Name	case	Mobile No.
1	594729592	0	0
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.			
الأقرار و التقريري : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على إعطوية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو للتغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تلتفت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إعطوية مؤسستهم له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم تشارتي لعدم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي و قد وقع على نموذج الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلي رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.			

Entity's stamp	Employee Signature	Date
شركة عناية السعودية	FAIYAZ	2023/11/15

- (1) عند تجديد الوثيقة فقد لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح على المؤمن له عند تجديد الوثيقة التأمين الصحية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (5) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تأمل، فإنك بملءية هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>Type</b> (1)		<b>اسم المؤسسة :</b> Al salam <b>اسم الموظف :</b> SHAHID RAZA SHAUKAT ALI	
<b>PolicyNo/CR :</b> 594652287 <b>Mobile No :</b> 594652287		<b>رقم الوثيقة / السجل التجاري :</b> 2374231617 <b>Employee Name :</b> SHAHID RAZA SHAUKAT ALI	
<b>ID Number</b> 2374231617		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1 <b>Nationality :</b> 900		<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج <b>Single</b> <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
<b>Please declare any of below cases by marking '✓' under the word (yes) :</b>			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Duchenne's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>			
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الترقية
1	SHAHID RAZA SHAUKAT ALI	1	EMPLOYEE
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
1	1010095926	case	Mobile No. 594652287

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقر أن المعلومات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة ( شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة ( شركة عناية السعودية ) في رفض السطحية أو التغطية لكافة عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهم جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم تشارتي إمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية لمرض السمنة المفرطة	
<b>Entity's stamp</b>		<b>Employee Signature</b> (4)	
<b>1010095926</b>		<b>SHAHID</b>	
<b>Date</b>		<b>التوقيع</b>	
<b>10/11/2024</b>		<b>10/11/2024</b>	

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 12 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.
- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (12) شهرا
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي لمواليا الجدد عند انضمامهم على بقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لاضافة تامين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عند نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

**Dear Insured:**  
Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

نأمل قيامك بملء هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد عائلتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة

نوع التأمين (1)

Addition ☐ إضافة (2) New ☒ جديد

Policy No / CR : رقم الوثيقة / السجل التجاري : Entry Name : Al salam

Mobile No : 572753115 رقم الجوال : Employee Name : SHOHRAB ALAM AHAMAD ALAM

ID Number : 2385452830

Gender : 1 Nationality : 207

Married ☐ متزوج Single ☒ أعزب

يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة في المربع تحت كلمة - نعم -

Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes):

1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التواجد بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الحصوات الكلوية، حصوات المسالك البولية، تضخم غدة الدرقية، التقيؤ، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Ascher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا العصبية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، متلازمات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكرس الخلوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، المياه الزرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرية، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل، التهاب الأربطة.
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا تشي الحوامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف / أفراد العائلة
Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name
		572753115	0	0	2385452830	EMPLOYEE	1	SHOHRAB ALAM AHAMAD ALAM

**Undertakings:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عنابة السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

أوافق على حقيقة (شركة عنابة السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع

عدم تغطية تكاليف جراحة السمنة المفرطة

Employee Signature (A) SHOHRAB

Date ٢٠٢١ / ٧ / ١٤

Entity's stamp

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
- (2) لا يجب لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمولود المحدث عند انضمامه حتى وثيقة التأمين الصحية لوالديه
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم نسخة نموذج جديد
- (4) عدم تسمية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له:</b> تأمل بإدلاء بصحة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة	
<b>نوع الطلب (1)</b> Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b>	
<b>PolicyNo/CR :</b> 530865964		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 530865964		<b>Employee Name :</b> MUHAMMAD ARSHAD AHMAD	
<b>ID Number</b> 2376673329		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1		<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
<b>Nationality :</b> 305		<b>الجنسية</b>	
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3</b> <b>(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</b>			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الترقية
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation
1	MUHAMMAD ARSHAD AHMAD	1	EMPLOYEE
	اسم مقدم الخدمة	العائلة	رقم الجوال
	Provider Name	case	Mobile No.
			530865964
		الطول	الوزن
		Height	Weight
		0	0
		رقم الهوية	ID Number
		2376673329	

**Undertakings:**

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of surgery.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي لمدى أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجودها يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

<b>Entity's stamp</b> شركة عناية السعودية للمقاولات العامة	<b>Employee Signature</b> (4) AR SHAD	<b>Date</b> ٢٠٢١ / ٧ / ١٤
--	--	------------------------------

- Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فلا بد من حق للشركة طلب الإفصاح لأي مؤمن له مدته (11) شهر

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح الطبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة تأمين صحي.

(3) في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية توقيع صاحب العمل، بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له:</b> <b>نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة</b>							
<b>Additional</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2) <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد <b>Type</b> (1)		<b>اسم المتأشاة:</b> Al salam							
<b>PolicyNo/CR :</b> 533893473		<b>Employee Name :</b> ADEL QASEM ABDO NAJI							
<b>Mobile No :</b> 533893473		<b>رقم الهوية:</b> 2338651157							
<b>ID Number</b>		<b>الحالة الاجتماعية:</b> <input checked="" type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> متزوج							
<b>Gender :</b> 1 <b>Nationality :</b> 207		<b>Marital Status</b>							
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>							
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>									
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف / أفراد العائلة
1	Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name
			533893473	0	0	2338651157	EMPLOYEE	1	ADEL QASEM ABDO NAJI

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>التعهدات والتعهدات:</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أن (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبات أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بذلك وأقرت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما تعهدت بعدم إثباتي اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه بغير بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة	
---	--	--	--

Entity's stamp 	Employee Signature 	Date التاريخ ٢٠٢١ / ١١ / ١٤
---	--	-----------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة لمدة لا يقل للثلاثة شهور طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له يضمن عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمؤمن له عند استئنافه على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم تعبئة فوأم صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.
- (5) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب (١) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type	
PolicyNo/CR : Mobile No : 508577475		Entity Name : Al salam Employee Name : SIRR ALKHATIM OTHMAN MOHAMMED	
ID Number : 2020574832		رقم الهوية	
Gender : 1 Nationality : 900		Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - No Yes			
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Duchenne's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>		بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)						
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name
		508577475	0	0	2020574832	EMPLOYEE	1	SIRR ALKHATIM OTHMAN MOHAMMED
		508577475	0	0	2156428290	SON	1	ASIM MOHAMMED
		508577475	0	0	2186760910	DAUGHTER	2	HANA MOHAMMED
		508577475	0	0	2021762873	WIFE	2	LAILA SULAIMAN

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>الالتزامات والتعهدات:</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على إمكانية (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تنطبق قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم الشارح أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة إقرار بوجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة	
---	--	---	--

Entity's Stamp 10100955926	Employee Signature (٩)	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١٤
-------------------------------	---------------------------	----------------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.  
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.  
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يلحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (١١) شهراً


(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي للسارية

(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم تعبئة قيم صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملءة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)								
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ال سجل التجاري :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 571074168 رقم الجوال :		Employee Name : NEERAJ KUMAR GANGA RAM							
ID Number 2385064031		رقم الهوية							
Gender : 1 : الجنس : Nationality : 321		Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة لا في المربع تحت كلمة - نعم -							
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التوقيع بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القلنس الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكليمت، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض تكاملان القفائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض التروموسومات، مرض غوشر، مرض تكسر الكولتر، التهاب الكبد الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكسر الكلى الخلقى الوراثى.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض شبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرولي، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous C5 delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	الأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below ) بيانات الموظفين و افراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)									
م	اسم الموظف / افراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	NEERAJ KUMAR GANGA RAM	1	EMPLOYEE	2385064031	0	0	571074168	case	Provider Name

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>التعهدات و التوكيدات :</b> 1. أقر أن البيانات و المعلومات المتكررة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما تعهد بأن عدم التوقيع باسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوافق. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية للسمنة المفرطة.
---	--

Entity's stamp 	Employee Signature (ه) : نيراج	Date : 2024/09/10
---	-----------------------------------	----------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مسبق عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الحدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحية السابقة.
- (3) في حال الحاجة لإضافة تأمين آخر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم تعبئة قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.



# نموذج الإحصاء الطبي الموحد Unified Medical declaration form

عناية السعودية  
SAUDI ENAYA

**Dear Insured:**  
Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:  
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة

<b>نوع الطلب (1)</b> اسم المنشأة : اسم الموظف : رقم الهوية : الحالة الاجتماعية :		<b>Type</b> Entity Name : Al salam Employee Name : SHRAVAN RAM GOVIND Marital Status : Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة Policy No / CR : Mobile No : 571790078	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد رقم الوثيقة للسجل التجاري : رقم الجوال : 2385064395	ID Number : 2385064395 Gender : 1 Nationality : 204	

يرجى الإصحاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes):		No	Yes
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassaemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, GPPD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Gloucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)**

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف أفراد العائلة Employees/Dependent Name
		571790078	0	0	2385064395	EMPLOYEE	1	SHRAVAN RAM GOVIND

**التعهدات:**

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

**القرارات والتوقيعات:**

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعديلية كلياً عند عدم الإصحاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي شئت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مريض له خلال فترة مريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أعلاه بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تلي وجود ما يستحق الإصحاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض شهادة تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

Entity's stamp Employee Signature GOVIND	Date 11/11/2019
--	--------------------

(1) Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.  
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.  
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له:</b> لمل إفصاحك بتجربة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافية	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b> (1)	
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/السجل التجاري :		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 597846958		<b>Employee Name :</b> MOSARIB RIZWAN HAQUE	
<b>ID Number</b> 2394956904		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1	<b>Nationality :</b> 204	<b>Marital Status</b>	<b>الحالة الاجتماعية:</b>
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>							
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم تجوال
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.
1	MOSARIB RIZWAN HAQUE	1	EMPLOYEE	2394956904	0	0	597846958

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of body surgery.	<b>التزامات و التقريري:</b> 1. أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبولي المطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلية عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تنطوي قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر باني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بان عدم اشراري امام أي من حالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه ارفع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الي رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة
--	---

<b>Entity's stamp</b>	<b>Employee Signature</b> (4)	<b>توقيع الموظف</b>	<b>Date</b>
(شركة عناية السعودية) 1010095926	RIZWAN	٢٠١٩ / ١٧ / ١٤	٢٠١٩ / ١٧ / ١٤

- Upon removal of the policy, the insured shall request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more Dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند سحب الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمولود الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً من المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له: نأمل قيامك بملءة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة					
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type Entity Name : Al salam Employee Name : RAM SAMUJH AVADH RAM					
PolicyNo/CR : Mobile No : 580792185		رقم الوثيقة / السجل التجاري : رقم الجوال : 2387809193					
ID Number Gender : 1		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب					
Nationality : 204 Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		برجي الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة " نعم "					
1 Any hospital admission during last 12 months?		هل تم التأكيد بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟					
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الحصى الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكدمات، ورم ليفي بالرحم، الغثى، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.					
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, mother's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكسر الخلوي، التليف الكيسي، هييمو ورم دموي، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية، الوراثة.					
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.					
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، التهاب الفقرات، التهاب المفاصل أو تمزق الرباط.					
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		لا تشي الخامل فقط: حمل جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع					
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							
ملاحظات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)							
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الجنس Gender	العلاقة Relation	رقم الهوية ID Number	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	
		580792185	1	EMPLOYEE	2387809193	RAM SAMUJH AVADH RAM	
<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.				1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول التغطية سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقديم الخدمات. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي يشكك في تاريخ تقديمه أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أنني أوافق على أن عدم التوقيع على أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تلبية بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية للسمنة المفرطة.			
Entity's Stamp Employee Signature (4) RAM				التاريخ Date 20/01/2016			

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.  
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.  
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فقرة لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له سبق علمه (11) شهراً.  
 (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد المند. عند استضافتهم على وثيقة التأمين الصحي التابعة.  
 (3) في حال الحاجة لإضافة شخص أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.  
 (4) عند الحاجة قيام حسابات العمل بالتوقيع بدلاً من المؤمن له.

**SAUDI ENAYA**

**Dear Insured:**  
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

**تكمّلوا هذا النموذج بشكل صحيح و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة**

**نوع الطلب (1)**

**اسم المنشأة :** Addition ☐ إضافة (2) New ☒ جديد

**Entity Name :** Al salam

**اسم الموظف :** Employee Name : NOOR KAMAL MUHAMMED KAMAL

**رقم الهوية :** Mobile No : 590758693 ID Number : 2370842037

**الحالة الاجتماعية :** Gender : 1 Nationality : 304 Marital Status Married ☐ Single ☒ أعزب

**Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :**

No	Yes	No	هل تم التشخيص بأي من الحالات أثناء بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التوقيع بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، المرضعات، اضطراب القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، للتوكسومات، وزم يلي بالرحم، تلفق، أمراض المناعة الذاتية أو لتصلب المتعدد.
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغى، استسقاء الرأس، ضمور العضلات لشوفا، تشوهات الأضراس التنفسية، أمراض التخلف، استسقاء الرأس، ضمور العضلات لشوفا، تشوهات الأضراس التنفسية، أمراض الفروسيوسومات، مرض قوش، مرض تنكس القلوى، تكليف الكبدى، هيكتوروسيتوسيس، مرض ويلسون، تكيس ثقبليتين المثلى الوراثى.
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بهشام، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض شبكية.
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق العظمية اليوست، انحراف العمود الفقري، التهاب المفصل أو تمزق الربطة.
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لأنكى الحمل فقط: حمل حالي جين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

**Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )**

Name	Case	ID Number	Relation	Gender	Height	Weight	Mobile No.	Provider Name
NOOR KAMAL MUHAMMED KAMAL	EMPLOYEE	2370842037	1	Male	170	70	590758693	SAUDI ENAYA

**التأكد والتوقيع :**

1. أنا أن أؤكد والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ومطابقة وبناء عليه فأنا أقبل لطلب سيمر على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة رعاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أعمل بها لأزويعها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقديم الخدمات.

2. أوافق على إعطاء (شركة رعاية السعودية) في رفض المطالبة أو للتعطيل كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي شملت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له حالة فترة سريان العقد.

3. أنا أتفق وأقر بأن فهم جميع ما جاء في هذا النموذج كما أنه بعد عدم التراضي أمامي من الحالات المذكورة أعلاه يجوز بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه، وعليه أوقع.

4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحلة السمنة المفرطة.

**Undertakings:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

**Signature:** Employee Signature: NOOR Date: 14/11/2014

(1) Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.  
(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.  
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



<b>Dear Insured:</b> <b>Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية المطلوبة حسب مزايا الوثيقة الموحدة							
<b>توقع الطلب (1)</b> Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input checked="" type="checkbox"/> New جديد		<b>Type</b>							
<b>PolicyNo./CR :</b>		<b>Entity Name :</b> Al salam							
<b>Mobile No :</b> 557326820		<b>Employee Name :</b> MUHAMMAD HASIL SHAKAR KHAN							
<b>ID Number</b>		<b>رقم الهوية</b>							
<b>Gender :</b> 1		<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
<b>Nationality :</b> 321		<b>الجنسية</b>							
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>									
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم للتويزم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التويزم الأولوم الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التهابات، ورم ليفي بالرحم، التقي، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التويزمات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التويزم الكلوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية، الوراثة						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيشاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق القشري، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل أو تمزق الرباطات						
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأشهر الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>									
1	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف أو فرد العائلة Employees/Dependent Name
1			557326820	0	0	2372774345	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD HASIL SHAKAR KHAN

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery	<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن لشركة (عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويديها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبات أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه، والتي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو استضافة حوضي له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمته جميع ما جاء في هذا النموذج كما ألتزم بأن عدم التوقيع اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سعودي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة
--	---

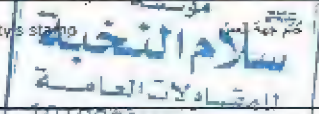

Entity's Stamp ختم شركة عناية السعودية للمقاولات العامة	Employee Signature توقيع الموظف SHAKAR	Date التاريخ 14/01/2021
---	--	-------------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.
- (1) عند تجديد الوثيقة فلا يلحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له بصري عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد المبد عند استكمالهم على وثيقة التأمين الصحي
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> تامل قبلك بكمية هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
<b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة	<b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد	<b>Type</b> (1)	
<b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة / السجل التجاري :		<b>Entity Name :</b> Al salam	
<b>Mobile No :</b> 530129044		<b>Employee Name :</b> NABIL FARHAN ABDO MOQBEL	
<b>ID Number</b> 2374231716		<b>رقم الهوية</b>	
<b>Gender :</b> 1	<b>Nationality :</b> 900	<b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	<b>الحالة الاجتماعية</b>
<b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
م	الوزن	الطول	رقم الهوية
م	Employee/Dependent Name	Gender	Relation
م	Case	Mobile No.	ID Number
م	Weight	Height	Weight
م	0	0	2374231716
م	0	0	530129044
م	EMPLOYEE	1	NABIL FARHAN ABDO MOQBEL

<b>Undertakings:</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	<b>التزامات و التقريرات :</b> 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فلن أقول لطلب سيتم علي أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عنابة السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر 2. أوافق علي أحقية (شركة عنابة السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر باني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بان عدم اشارتي لنام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الوزن و الارتفاع سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية لتسليط المعرطة
---	---

<b>Entity's Stamp</b>	<b>Employee Signature</b> (4)	<b>Date</b>
		20/11/2023

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فكل لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للوليد عند اضافته على وثيقة التأمين الصحي
- (3) في حال الحاجة لاضافة تبعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



# نموذج الإفصاح الطبي الموحد Unified Medical declaration form

وزارة الصحة  
SAUDI ENAYA  
Your Health Insurance

**Dear Insured:**  
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:  
تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة

<b>نوع الطلب (1)</b> Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b> Entity Name : Al salam Employee Name : ZEYAD GHANEM AHMED SAEED	
<b>اسم المنشأة :</b> PolicyNo/CR : Mobile No : 551124886		<b>اسم المؤمن له :</b> Employee Name : ZEYAD GHANEM AHMED SAEED رقم الهوية : ID Number : 2375734783	
<b>الجنس :</b> 1 Nationality : 321		<b>الحالة الاجتماعية :</b> Single <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Married	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - هل تم التويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟			
1. Any hospital admission during last 12 months?		No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	
2. Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	
3. Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, systemic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	
4. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	
5. Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	
6. <b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	

بيانات الموظف و افراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه) Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							
اسم الموظف / فرد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة
Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case
ZEYAD GHANEM AHMED SAEED	1	EMPLOYEE	2375734783	0	0	551124886	0

<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات وأن الشركة (شركةعاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركةعاية السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه للتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه توقيع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة للسمنة المفرطة.
--	---

Entity's stamp 1010095926	Employee Signature (4)	Date 14/11/2019
------------------------------	---------------------------	--------------------

- 1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له سبق عليه (11) أشهر
- 2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي
- 3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- 4) عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملء هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة.	
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type	
PolicyNo/CR : Mobile No : 554284340		Entity Name : Al salam Employee Name : SULIMAN ABDALLA HASSAN ABAKAR	
ID Number : 2377411356		رقم الهوية	
Gender : 1 Nationality : 304		الحالة الاجتماعية : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات إن شاء بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid golter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassaemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظفين وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3  
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول التالي للجدول إن شاء)



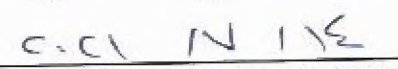
م	اسم للموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	SULIMAN ABDALLA HASSAN ABAKAR	1	EMPLOYEE	2377411356	0	0	554284340		

الالتزام والتعهد :

**Undertakings:**

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن التغطية (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أن (شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع
- عدم تغطية حالات السمنة و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
		

- Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً

لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند استلامهم على وثيقة التأمين الصحي




في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد  
عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



<b>Dear Insured:</b> <b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له :</b> نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
توجع الطلب ( 1 )		Type	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة ( 2 )		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 551688935		Employee Name : GAMIL HAZAEA ALI A ALJEBZI	
ID Number		2302513370	
Gender : 1		Nationality : 304	
Marital Status		Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -			
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		نعم Yes	لا No
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>	لا تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الفصلا المتخفية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تنقوهرات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض التكتسب القولي، التليف الكيسي، هييموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين، الطلق الوراثي
4	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الضروفي، الدوسك، الحرفاء، العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<b>للأشخاء الحامل فقط :</b> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	<input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>	

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )								بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)	
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		551588935	0	0	2382513378	EMPLOYEE	1	GAMIL HAZAEA ALI A ALIEBZI	1

<p><b>Undertakings:</b></p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the <u>cost of obesity surgery</u>.</p>	<p><b>الإقرار والتفويض :</b></p> <p>1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على أخفية (شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو انقضاء مومن له خلال فترة سريان الحد.</p> <p>3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أنني أعلم بأن عدم تشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سبباً في الرفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المعروفة</p>
---	---

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
		

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تحديد الوصفة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (٩٩) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح مني للموالية الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي للزوجة
- (3) في حال المعالجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام شخصك العام بالتوقيع بدلاً من المؤمن له



<b>عزيزي المؤمن له :</b> نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة		<b>Dear Insured:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	
<b>نوع الطلب (1)</b> Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		<b>Type</b>	
<b>اسم المنشأة :</b> Entity Name : Al salam		<b>اسم المؤمن له :</b> Employee Name : MOHIT RAMASHANKAR VISHWAKARMA	
<b>رقم الوثيقة/ السجل التجاري :</b> PolicyNo/CR :		<b>رقم الجوال :</b> Mobile No : 599386472	
<b>رقم الهوية :</b> ID Number : 2354356491		<b>الحالة الاجتماعية :</b> Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب Married <input type="checkbox"/> متزوج	
<b>جنس :</b> 1 <b>الجنس :</b> 304 <b>Nationality :</b>		<b>Marital Status</b>	
<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة (✓) في المربع تحت كلمة - نعم -</b>			
<b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>		<b>No Yes</b>	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemlas, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, GGPDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>بيانات المؤمن له وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3</b> (في حالة الإجابة يتم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
<b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</b>			
م	اسم المؤمن له / أفراد العائلة	الجنس	الترابطة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation
1	MOHIT RAMASHANKAR VISHWAKARMA	1	EMPLOYEE
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
	Provider Name	case	Mobile No.
			599386472
			0
			0
			2354356491
			0

<b>التعهدات والتعهدات :</b> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		<b>الالتزامات والتعهدات :</b> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات، وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على إمكانية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه، التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه توقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.	
--	--	---	--

<b>Entity's stamp</b> 1010095926	<b>Employee Signature</b> NISHWAKARMA	<b>Date</b> 20/11/19
-------------------------------------	--	-------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له منسحق عليه (11) شهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي.
- (3) في حال الحاجة لأضافة لمؤمن أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.